ÉTUDE N° 14

SUR

LA FIÈVRE TYPHOÏDE

AU SÉNÉGAL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 19 DÉCEMBRE 1888

PAR

HENRI ROUSSIN

Né à Besançon (Doubs)

Médecin de la Marine

Chevalier de la Légion d'honneur

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(HAMELIN FRÈRES)

—

188

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN..... Doyen
GRASSET..... Assesseur

PROFESSEURS :

Physique médicale	MM. MOITESSIER (✲).
Médecine légale et toxicologie	JAUMES.
Clinique chirurgicale	DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et pharmacie	ENGEL.
Hygiène	BERTIN-SANS.
Clinique médicale	CASTAN.
Clinique médicale	GRASSET.
Physiologie	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	L. DUMAS.
Clinique chirurgicale	TÉDENAT.
Opérations et appareils	GRYNFELTT.
Pathologie externe	CHALOT.
Anatomie pathologique et histologie	KIENER (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Anatomie (Chargé du cours)	PAULET (O. ✲ ✲).
Pathologie interne	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET.
Botanique et histoire naturelle médicale (Ch. de cours).	GRANEL.

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✲ ✲).

Profess. honor. { MM. MARTINS (O. ✲). DUPRE (O. ✲ C. ✲). CAVALIER (✲).

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES :

Clinique des maladies des enfants	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards	MOSSÉ (✲), agrégé.
Clinique ophthalmologique	TRUC, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. BIMAR	MM. VILLE	MM. TRUC
MOSSÉ (✲)	GRANEL	GERBAUD
REGIMBEAU (✲)	BOINET	GILIS
BLAISE	BROUSSE	IMBERT
BAUMEL	FORGUE	

MM. H. GOT, *secrétaire*.
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. HAMELIN, *président*.
CARRIEU, professeur.
BLAISE, agrégé.
BROUSSE, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MONSIEUR HENRI CANARD

Colonel de cavalerie en retraite
Commandeur de la Légion d'honneur.

ET

A MONSIEUR LE DOCTEUR P.-A. DOUÉ

Médecin en chef de la Marine
Officier de la Légion d'honneur.

Profond témoignage de respect, de reconnaissance
et d'affection.

H. ROUSSIN.

MEIS ET AMICIS

H. ROUSSIN.

A MON PRÉSIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HAMELIN

Chevalier de la Légion d'honneur.

H. ROUSSIN.

À MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HAMELIN

Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Pendant notre long séjour au Sénégal, nous avons eu plusieurs fois l'occasion, en dehors des nombreuses maladies communes à ce pays, d'observer des cas de fièvre typhoïde, maladie niée longtemps dans les régions intertropicales. Cette affection s'entoure, en effet, le plus souvent d'un cortége de symptômes qui la déguisent et lui donnent toutes les apparences d'une des innombrables formes du paludisme. Mais, après les recherches consciencieuses de nos collègues les plus distingués de la marine, nous pouvons dire aujourd'hui qu'il n'est plus possible de nier l'individualité de la fièvre typhoïde au Sénégal. Nous ne nous sommes donc pas contenté de nos observations personnelles, et nous nous sommes inspiré spécialement des œuvres de nos Maîtres Bérenger-Féraud et Corre. Nous avons fouillé les archives médicales du Sénégal, pour en extraire tout ce qui pouvait nous guider dans notre étude. Enfin, nous avons sollicité et obtenu la collaboration éclairée de notre ami le docteur Girard, prévôt de l'hôpital maritime de Saint-Louis (Sénégal). C'est avec plaisir que nous lui témoignons ici nos sentiments sincères d'estime et d'affection.

Qu'il nous soit permis également d'exprimer toute notre reconnaissance à M. le professeur Hamelin, pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

ÉTUDE

SUR

LA FIÈVRE TYPHOÏDE

AU SÉNÉGAL

HISTORIQUE

Longtemps, sur l'affirmation de Chervin, la plupart des auteurs ont nié l'existence de la dothiénentérie dans les pays chauds. L'opinion même de Boudin, qui prétendait que là où le paludisme existait, l'élément typhoïde ne s'était jamais montré et ne pouvait jamais se montrer, avait été admise sans conteste. Aussi, pendant nombre d'années, cette maladie ne figure point, dans nos colonies, au nombre des affections sporadiques dont les manifestations étaient constatées dans les pays chauds. Mais, depuis, des travaux nombreux et importants, des recherches attentives faites dans les diverses régions intertropicales, sont venu détruire ce jugement un peu trop exclusif, et il n'est plus possible aujourd'hui, comme le dit justement Corre, de nier l'existence de la fièvre typhoïde entre les tropiques, et de soutenir l'antagonisme de cette maladie avec les fièvres de *malaria*.

Reportons-nous, en effet, à la bibliographie de cette affection, et consultons les divers mémoires qui ont été publiés depuis une trentaine d'années sur les manifestations en dehors des zones tempérées.

En Afrique, nous la voyons signalée *sur la côte nord :* en Algérie (Collin), en Tunisie (Recueils de médecine militaire); *sur la côte ouest :* au Sénégal (Dutrouleau, Chassaniol, Bérenger-Féraud), à Sierra-Leone (Murchisson, Jenner), dans le golfe de Bénin, au Gabon (Griffon du Bellay); *sur la côte est :* à Zanzibar.

Les îles de l'Océan Indien ne sont pas non plus épargnées. On la note à Maurice, à la Réunion (Dutrouleau), à Sainte-Marie-de-Madagascar et à Mayotte (Lebeau), à Nossi-Bé et à Madagascar (Rapports des médecins du corps expéditionnaire).

Dans nos possessions de l'extrême orient, la fièvre typhoïde a été depuis longtemps étudiée. Les rapports de Richaud et de d'Ormay contiennent de nombreux et intéressants détails sur ce sujet. Il faut citer aussi les notes de Foiret sur la topographie médicale des postes du Tonkin et les divers statistiques et rapports ayant trait aux corps d'occupation de l'Annam et du Tonkin; nous voyons que, dans ces derniers, l'affection dont il s'agit occupe une large place à côté des endémies.

Dans certains groupes d'îles de l'Océanie, le typhus abdominal est rare; mais dans d'autres, comme Taïti, les Marquises, on y signale sa présence à l'état endémique et sa gravité toute particulière (Lesson, Gallerand et Prat). A la Nouvelle-Calédonie, où il est fréquent, il a été l'objet de nombreuses recherches (de Rochas, Kermorgant, Guyot, Gervais, Pindray, Vinas, etc.). Aux Antilles, après les études de Dutrouleau, qui déclare la dothiénentérie très-rare dans ces parages, après celles de Ruty et de St-Vel qui, eux, prétendent qu'elle ne s'y rencontre jamais, nous voyons Brassac reprendre de nouvelles séries d'observations, constater que l'affirmation première est un peu trop hâtive et arriver à des conclusions bien différentes, corroborées du reste par des travaux ultérieurs (Bérenger-Féraud, Carpentin, Laffont).

La Guyane a fourni, elle aussi, son contingent de documents sur la question, et nous trouvons sur cette maladie et ses manifestations épidémiques des notes très-intéressantes de Laure, Dupont et Maurel.

Tous les travaux que nous venons d'énumérer ont trait à la répartition géographique de la fièvre typhoïde dans nos diverses colonies. A côté d'eux, combien ne pourrions-nous pas en citer qui se rapportent aux possessions étrangères de la région des Tropiques, et dus non-seulement à la plume des médecins anglais et espagnols, mais aussi de nos collègues de la marine et de l'armée. Les principaux à consulter sont ceux de Bourel-Roncière sur la symptomatologie de cette affection au Brésil, de Moussy et de Petit sur son existence dans la République Argentine, d'Erhel sur sa présence au Chili.

Au Mexique, elle a été étudiée par Jourdanet et Coindet; à Cuba, par le Lecoat; à la Jamaïque, par les médecins anglais.

Dans l'Inde, elle a été l'objet de recherches très-nombreuses et très-complètes de la part de médecins très-distingués. Des présidences de Madras, de Bombay, du Bengale et de la Birmanie, de nombreux documents sont parvenus sur cette question, fixant le degré de fréquence de l'affection et les divers caractères qui lui paraissent propres dans ces régions (Ewart, Forter, Fayrer, Annessely).

Pour terminer cette rapide revue géographique, mentionnons enfin les observations d'Heymann, qui se rapportent à l'existence de cette affection à Java et à Sumatra.

Cette courte revue bibliographique que nous venons de donner nous a suffisamment démontré que la fièvre typhoïde est une affection beaucoup plus commune dans les pays chauds qu'on ne le croyait. Evidemment cette maladie peut offrir une physionomie variable. L'influence qu'exerce sur elle la climatologie des pays chauds peut imposer à la marche de ses symptômes bien des irrégularités. La température, le sol, les milieux atmosphériques, les conditions d'acclimatement et bien d'autres agents, le paludisme par exemple, peu-

vent dissimuler à un moment donné la véritable nature de l'affection et tromper le diagnostic.

Celui-ci peut cependant se vérifier par l'autopsie.

L'étude que nous entreprenons ici est celle de la fièvre typhoïde débarrassée de toute association avec la fièvre paludéenne. Nous le démontrerons en nous servant, du reste, dans le cours de notre travail, des observations prises sur des gens à peine arrivés dans la colonie et à une époque où le paludisme sommeille.

Donnons brièvement un aperçu sur l'historique de cette affection au Sénégal. Elle ne figure pas sur les statistiques de Thévenot : « N'est-ce pas, dit Dutrouleau, la gastro-entérite qui en tient place? Avant 1840, en effet, on voyait figurer sur toutes les situations sanitaires des cas de gastro-entérite dont le nombre a diminué aujourd'hui en proportion des cas de fièvre typhoïde qui y sont inscrits. » Nous avons dépouillé dans les Archives du Conseil de santé de la colonie toutes les notes, statistiques mensuelles, observations et autopsies de blancs et de noirs depuis 1830.

C'est en 1839 que nous voyons la fièvre typhoïde mentionnée, pour la première fois, dans le rapport du chef de service de santé Herpé.

En 1845, Salvat constate la fièvre typhoïde sur des militaires nouvellement arrivés.

En 1849, Marquiseau, dans ses rapports de fin d'année, écrit : « Les fièvres typhoïdes se montrent de temps en temps au Sénégal, mais elles sont loin d'égaler les autres maladies sous le rapport de leur fréquence. »

En 1850, Mongrand dit : « Je signalerai au cours de l'année quelques fièvres typhoïdes assez franches. »

En 1851, Hombron : « Parmi les fièvres rémittentes graves que j'ai observées, deux revêtirent l'aspect du typhus au commencement de la deuxième période. Les six autres présentèrent une forme dothiénentérique. La première appartient aux militaires depuis longtemps dans la colonie, la deuxième aux jeunes soldats. »

Dutrouleau, dans son *Traité des maladies des pays chauds,* ne consacre que quelques lignes à cette affection : « Au Sénégal, dit-il, la fièvre typhoïde franche et primitive ne se montre qu'exceptionnellement et sur des sujets non acclimatés. Les rapports du deuxième trimestre 1853 mentionnent pourtant une petite épidémie de cette maladie ayant été apportée par des troupes arrivées de Toulon, ayant donné vingt-six cas et trois décès. »

En 1854, Bérenguier cite le fait suivant : « Un seul cas de fièvre typhoïde a été soumis à notre observation dans le premier trimestre ; mais c'était un cas où tous les symptômes de la dothiénentérie parfaifaitement distincts ont pu être l'objet d'une étude complète. Indépendamment de la stupeur, de l'abattement des forces, de l'affaissement musculaire, l'apparition des taches rosées sur l'abdomen, l'éruption de sudamina à la fourchette du sternum et à la région épigastrique, n'ont point fait défaut. Pendant longtemps, la pression de la région cæcale a dévoilé la présence de gargouillements, et le pouls s'est fait remarquer par une réaction fébrile très-prononcée et longtemps persistante. »

En 1856, Lepetit écrit dans son rapport : « En octobre, il y a eu plus de cas de fièvre typhoïde que de coutume. Ils ont sévi exclusivement sur des jeunes gens arrivés depuis peu dans la colonie. Ceux qui y ont succombé ne comptaient pas au Sénégal plus d'un mois de séjour. — En novembre, les fièvres typhoïdes sont devenues plus nombreuses : cinq malades ont succombé. Ceux-ci comptaient deux mois, sept mois, un an, trois ans de séjour ; le cinquième était né dans la colonie. — En décembre, six décès, dont deux chez des noirs ; les quatre autres, chez des blancs ayant un séjour colonial de dix mois, onze mois, quatre ans et six ans. »

En 1865, Chassaniol écrit ces lignes : « La fièvre typhoïde, peu fréquente chez les Européens transportés en Afrique, ne se montre que rarement aussi chez les nègres avec les lésions intestinales caractéristiques. »

En 1869, dans sa *Pathologie du Sénégal,* Thaly n'en fait même pas mention. Il faut arriver aux travaux de Bérenger-Féraud (*Traité clinique des maladies des Européens au Sénégal,* éd. de 1875, *Bulletin de l'Académie de médecine,* 27 avril 1875), pour trouver une étude intéressante et complète sur la fièvre typhoïde dans cette colonie. Ce qui n'empêche pas Borius d'écrire, sans plus de détails, dans les *Archives navales* de mai 1882, la phrase suivante : « La fièvre typhoïde est assez rare au Sénégal, où les agglomérations urbaines ne sont jamais bien considérables; le plus souvent, ce sont les jeunes soldats nouvellement débarqués qui présentent cette affection. »

En 1870, Rulland, dans son rapport du troisième trimestre, écrit : « Les maladies sporadiques n'ont présenté de particulier que l'apparition de trois cas de fièvre typhoïde, développés à Saint-Louis, où cette affection paraît devoir devenir endémique » ; et, dans son rapport du quatrième trimestre de la même année : « Nous avons encore eu à constater, pendant ce trimestre, trois cas de fièvre typhoïde, dont deux ont été mortels. Comme nous le faisions remarquer dans nos observations du trimestre précédent, cette affection semble devoir s'établir à Saint-Louis comme endémique et pourrait être, dès maintenant, considérée comme devant entrer dans le cadre des maladies endémiques, qui donnent droit, lorsqu'elles entraînent la mort, à la pension de retraite pour la veuve. »

En 1871, Rulland signale encore deux cas de fièvre typhoïde, et il insiste sur l'endémicité de cette maladie au Sénégal.

En 1872 (4e trimestre), Bérenger-Féraud rend compte d'une épidémie de fièvre typhoïde dont l'influence serait manifestement apportée de France par la portion de garnison renouvelée. « Nous avons eu, dit-il dans son rapport du premier trimestre 1873, quatre cas graves de fièvre typhoïde, dont deux suivis de mort en février. Nous avions l'influence épidémique bien marquée dans les salles de l'hôpital ; tous les malades s'en ressentaient. Nous avons obtenu de bons effets par l'aération des salles et la dissémination des malades. »

En 1873 (4e trimestre), Bourgarel constate huit cas de fièvre typhoïde dont quatre suivis de mort.

En 1875 (3e trimestre), Cauvin remarque six cas de fièvre typhoïde sévissant sur des soldats arrivés depuis peu dans la colonie, dont deux suivis de mort.

En 1875 (4e trimestre), Friocourt signale quatre cas sporadiques de fièvre typhoïde; l'autopsie montrant nettement les lésions spécifiques, malgré un ensemble de symptômes moins caractérisés qu'en France.

En 1876 (4e trimestre), Cauvin signale vingt et un cas de fièvre typhoïde, sur lesquels huit décès, dont quatre chez des soldats d'infanterie de marine; trois de ces derniers n'avaient pas plus d'un mois de séjour au Sénégal.

En 1877 (1er trimestre), Griffon de Bellay, après avoir observé quatre cas de fièvre typhoïde et cinq cas de fièvre muqueuse, dit textuellement: « L'un des cas mortels des plus caractéristiques est observé chez un jeune soldat arrivé depuis trois mois dans la colonie; ce qui ne contredirait pas l'opinion des médecins qui admettent que la fièvre typhoïde n'appartient pas aux climats tropicaux et ne fait que se développer sur les Européens qui en ont apporté le germe. L'autre cas de mort chez un caporal arrivé depuis dix mois, qui paraît, d'après la feuille de clinique et l'autopsie, avoir été atteint de dysenterie terminée par des accidents typhiques. » Le même auteur cite pendant le deuxième trimestre de la même année un cas chez un soldat à son arrivée au Sénégal, et pendant le trajet de Dakar à Saint-Louis; et un autre chez un soldat ayant neuf mois de présence, les symptômes indiquant la fièvre typhoïde, mais l'autopsie ne fournissant aucune lésion de l'appareil digestif.

En 1877 (4e trimestre), Amouretti signale un cas de fièvre typhoïde, avec lésions caractéristiques et perforation, chez un soldat entré à l'hôpital pour entorse.

En 1878 (1er trimestre), Griffon du Bellay cite plusieurs fièvres ty-

phoïdes sur des soldats arrivés depuis moins de six mois, et une très-grave chez un soldat comptant plus d'un an de séjour.

En 1878 (2e trimestre), Amouretti signale un cas chez un jeune soldat.

En 1878 (3e et 4e trimestres), les observations manquent. Une violente épidémie de fièvre jaune sévit, exerçant ses ravages dans toute la colonie.

En 1879 (3e et 4e trimestres), Martialis ne cite que des embarras gastriques fébriles.

En 1880 (1er trimestre), le même médecin en chef constate vingt-trois cas d'embarras gastrique fébrile et sept cas de fièvre typhoïde avec des symptômes hémorrhagiques très-marqués et des lésions anatomiques des plus accentuées. Pendant le deuxième trimestre de la même année, il observe trois cas de fièvre typhoïde, dont deux décès ; pendant le troisième, sept cas de fièvre typhoïde avec tendances hémorrhagiques, et, pendant le quatrième, neuf cas chez des hommes exténués et imprudents affectés à la remonte et venant par terre de Dakar à Saint-Louis.

Pendant le deuxième trimestre, Nourry signale un cas de fièvre typhoïde chez un caporal revenant de la colonne de Fouta, avec les lésions caractéristiques des plaques de Peyer.

Pendant les troisième et quatrième trimestres de la même année, une terrible épidémie de fièvre jaune sévit à Saint-Louis. Les observations cessent.

En 1882 (1er trimestre), Savatier remarque quatre cas de fièvre typhoïde, dont deux très-graves, chez de jeunes soldats ayant eu la fièvre jaune l'année précédente.

Dans le troisième trimestre, trois cas de fièvre typhoïde sont observés chez des soldats campés à Bop-Diara et quatorze chez des soldats nouvellement arrivés et débarqués dans ce même camp de Bop-Diara contaminé.

Pendant le quatrième trimestre, Savatier écrit : « Si les embarras

gastriques ont été relativement moins fréquents que précédemment, il n'en a plus été de même des fièvres typhoïdes, et la plupart de celles-ci ont affecté une forme grave et à marche rapide. Presque tous les camps et les casernes en ont fourni quelques cas : à la fin du trimestre, nous n'avons plus que quelques convalescents de cette affection et hors de danger. »

En 1883, pendant les premier et deuxième trimestres, Desgranges constate trois cas de fièvre typhoïde. « J'ai observé, dit-il, trois cas, dont deux caractéristiques suivis de mort. Ce sont les seuls, et ils proviennent de points éloignés les uns des autres : l'un, chez un officier venant de prendre part à la colonne du Cayor; l'autre, observé chez un jardinier vivant en plein air à Sor; le troisième, moins nettement caractérisé, chez un artilleur attaché aux ateliers de la Pointe Nord, et que ses occupations appelaient souvent sur le quai, au soleil. »

Pendant le troisième trimestre de la même année, le même auteur écrit dans son rapport : « La santé générale a été relativement satisfaisante pendant les mois de juillet et août; mais l'état des choses a été bien différent, surtout dans les environs de Saint-Louis, sans qu'il y ait eu cependant aucune menace d'épidémie. Quelques cas de fièvre typhoïde, observés sur différentes catégories du personnel, ont pu seuls causer un peu d'inquiétude. »

Dans la nomenclature des maladies, il range, contrairement à plusieurs de ses prédécesseurs, la fièvre typhoïde parmi les maladies endémiques.

Pendant le quatrième trimestre, trois cas de fièvre typhoïde dûment constatés ont eu une terminaison funeste.

En 1884 (1er trimestre) : « Parmi les maladies sporadiques, écrit Richaud, j'appellerai l'attention sur les fièvres typhoïdes et sur les bronchites. Rien d'étonnant que les affections des voies respiratoires soient assez communes dans un pays où les variations de température sont excessives, et, quant à la fièvre typhoïde, il est depuis longtemps hors de doute qu'elle s'est implantée dans toute nos colonies. C'est

surtout chez les jeunes soldats nouvellement arrivés qu'on l'observe. Ses symptômes sont absolument les mêmes qu'en Europe, et, si les résultats sont généralement plus heureux, cela doit être attribué à la grande aération des salles que l'on peut se permettre dans les pays chauds. »

Pendant le troisième trimestre, un fait curieux se produit : « Parmi les affections sporadiques, écrit Richaud, je dois tout d'abord appeler l'attention sur un cas de fièvre typhoïde et soixante-douze cas d'embarras gastrique signalés dans l'état trimestriel. Ce genre d'affection a été particulièrement observé sur des nouveaux arrivants, et il y a tout lieu de penser qu'au lieu de rester limitée à de simples embarras gastriques, la maladie eût affecté la forme typhoïde proprement dite, sans le soin qu'on a pris de disséminer les hommes et d'aérer dans la plus large mesure leur logement. »

En 1885, aucun cas de fièvre typhoïde n'est observé.

En 1886, pendant le premier trimestre, Martialis signale un cas de fièvre typhoïde suivi de guérison; pendant le deuxième, cinq cas sur de jeunes soldats arrivés à Dakar par le transport *l'Orne*, suivis de guérison; pendant le troisième, un cas chez un artilleur comptant onze mois de Sénégal, suivi de mort (l'autopsie révèle toutes les lésions de la fièvre typhoïde); pendant le quatrième, plusieurs cas d'embarras gastriques fréquemment accompagnés de fièvre, tantôt continue, tantôt présentant une véritable intermittence dans les accès.

En 1887, pendant le premier trimestre, deux cas de fièvre typhoïde sont observés sur des hommes qui venaient d'arriver de France. Pendant le deuxième, deux hommes revenant du Haut Fleuve, l'un atteint de dysenterie chronique, l'autre de cachexie paludéenne, contractent la fièvre typhoïde et meurent. Pendant les troisième et quatrième trimestres, quatre malades sont traités pour cette affection et guérissent.

En 1888 (1er trimestre), Doué enregistre deux cas de fièvre typhoïde qui se sont terminés par la mort. Le premier atteint était un jeune

soldat arrivant au Sénégal ; le second avait huit mois de présence. Les deux cas étaient typiques.

Ici, s'arrêtent nos recherches pour Saint-Louis. Elles n'ont porté que sur les troupes, par défaut de documents sur l'élément civil. Nous aurions voulu donner d'une façon exacte et complète la répartition géographique de l'affection dans toute la Sénégambie. Nous nous bornerons, par des extraits de rapports et des thèses faits sur quelques postes du Sénégal, et en particulier sur les postes les plus éloignés de Saint-Louis (400 lieues dans l'intérieur), à prouver que la fièvre typhoïde existe dans toute la Sénégambie.

Aux environs de Saint-Louis :

1° à Bop-Diara, pendant l'année 1881, il est observé quinze cas de fièvre typhoïde, qui ont fourni sept décès ; en 1882, quinze cas, qui ont donné huit décès. (Ce camp, qui avait été construit à la hâte en 1881 pour y évacuer les troupes et les soustraire par l'isolement à la fièvre jaune, a été abandonné.)

2° A Gandiole, camp construit dans le même but, sur quatorze cas de fièvre typhoïde, il y a sept décès en 1881, et trois décès sur dix-sept cas en 1883.

3° A la Pointe-aux-Chameaux, dans le deuxième trimestre de l'année 1883, cinq cas de fièvre typhoïde sont suivis de mort.

Si nous remontons le fleuve, nous constatons qu'à Richard-Toll, pendant la campagne de 1881-82, il est fait mention de quatre cas de fièvre typhoïde, dont un à terminaison funeste. A Podor, en 1882, deux cas sont signalés suivis de guérison.

Pendant la campagne du Haut Fleuve (novembre 1880 à juin 1881), la colonne présente vingt cas de fièvre typhoïde, dont douze décès. Voici les renseignements fournis par Martin-Dupont, chef du service de santé du Haut Fleuve :

« De Saint-Louis à Médine, la colonne, divisée en plusieurs convois partant successivement, ne fournit aucun cas de fièvre typhoïde. Ce ne fut que deux mois après environ que la maladie apparut, alors que

toutes les troupes étaient rassemblées à Médine. On commença d'abord à observer des fièvres continues, qui revêtirent peu à peu le caractère typhoïde ; puis des cas bien francs de cette affection firent leur apparition. Les autopsies montrèrent les lésions caractéristiques des plaques de Peyer et des follicules isolés ; mêmes lésions parfois sur la valvule iléo-cæcale ; enfin, dans un cas, le sphacèle de quelques follicules. La maladie sévit surtout sur les hommes tenus sur des chalands traînés à la cordelle depuis Bakel jusqu'à Médine. Le nombre des cas observés dans cette dernière localité fut de treize, dont douze décès. Deux autres cas se produisirent ensuite chez des hommes laissés à Bafoulabé quand la colonne se mit en marche. Une fois en route, la situation s'améliore ; on n'observe plus que deux cas sur les troupes en marche ; mais l'impaludisme recommence et, vers la fin, il s'accompagne de cachexie. Au retour de Kita à Saint-Louis, on observe en tout trois cas, dont deux pendant la traversée en chaland et en aviso pour se rendre de Médine à Saint-Louis. Au total, la colonne expéditionnaire avait fourni vingt cas de fièvre typhoïde, dont douze décès. »

Pendant les campagnes suivantes, des cas de fièvre typhoïde se montrent encore, mais en moins grand nombre. Pendant celle de 1885-1886, sept cas sont signalés à Kayes, un à Kita, suivi de décès, et un à Bamakou. Nous avons soigné nous-même ce dernier malade. Convalescent et désigné pour prendre la route de France, il fut atteint subitement d'un accès pernicieux épileptiforme et succomba.

Pendant la campagne 1886-87, à Kayes, point central de ralliement des troupes, toutes les maladies revêtent l'aspect typhique, mais aucun cas de fièvre typhoïde n'est observé.

« A notre arrivée à Kayes, dit le docteur Lacarrière, surpris de la fréquence des accidents typhoïdes et peu expérimenté en pathologie exotique, nous fîmes l'autopsie d'un homme qui les avait présentés. La lésion des plaques de Peyer faisait défaut ; la muqueuse de l'intestin était injectée et parcourue par des arborisations nombreuses ; la rate, de couleur ardoisée, était tuméfiée et augmentée de volume ; le

foie était normal ; le sang était poisseux. Dans la suite, nous avons constaté que les malades succombant aux atteintes des fièvres paludéennes rémittentes et de la dysenterie chronique présentaient tous ces accidents typhiques devenus pour nous l'indice d'un pronostic fatal. »

AUTOPSIES

De ces citations nombreuses de médecins expérimentés, et malgré la divergence de leurs opinions, on pourrait dès maintenant affirmer l'existence de la dothiénentérie au Sénégal. Mais nous nous croyons obligé, pour être affirmatif à bon escient, de présenter ici les pièces à conviction : ce sont les autopsies.

Barthélemy (Léon), caporal d'infanterie de marine, vingt-deux ans, entré à l'hôpital le 19 novembre 1884, mort le 23.

Autopsie faite seize heures après la mort :

Habitude extérieure. — Le cadavre, malgré un peu d'amaigrissement, offre encore un notable embonpoint. Sur le ventre on remarque deux plaques verdâtres aux épines illiaques antérieures et supérieures.

Cavité cranienne. — Non ouverte.

Cavité thoracique. — Cœur et poumons sains.

Cavité abdominale. — Foie à l'état naturel. La rate est ferme, sa coloration est normale ; mais elle est un peu augmentée de volume, elle pèse 350 grammes et a les dimensions suivantes : longueur, 0,17 ; largeur, 0,09 ; épaisseur, 0,05. Le péritoine est un peu injecté. Les ganglions mésentériques ont pris un volume énorme. Les intestins sont distendus par des gaz. Ils n'offrent à leur surface extérieure rien d'anormal, si ce n'est quelques légères arborisations. Estomac : dans

le grand comme dans le petit cul-de-sac on remarque de la rougeur. Pas d'ulcérations, de ramollissement ou d'hypertrophie. Duodénum : la partie supérieure présente, quoique plus faible, la rougeur pointillée de l'estomac. Dans la partie inférieure, les glandes se présentent comme de petites indurations d'un gris blanchâtre de la forme d'une lentille. Intestin grêle : il ne présente rien de particulier dans ses trois premiers mètres; à partir de ce point, on rencontre une éruption intestinale remarquable; on constate l'existence de plaques gaufrées ovales offrant une résistance élastique. Leur étendue va en augmentant de la partie supérieure à la partie inférieure, les plus longues ressemblant assez bien à des cent-pieds. Elles deviennent plus molles à mesure qu'on se rapproche du cæcum. Les points ulcérés en cet endroit sont ramollis, d'un rouge vineux; la muqueuse est détruite et le bord est parfaitement détaché du reste de l'intestin. On compte quatorze plaques ovales, dont deux ont 0^m07 de longueur sur 0^m01 de largeur, quatre de 0^m01 de diamètre, et les autres plus petites. Les follicules isolés forment à la surface de l'intestin une éruption presque confluente, ressemblant fort bien à une éruption variolique. Ces follicules sont d'autant plus nombreux, plus rapprochés, plus ramollis, qu'on se raproche du cæcum. Pas de ramollissement du gros intestin; il présente auprès du cæcum quelques arborisations, et, au milieu, une large plaque rouge. On y voit de plus sur toute sa surface les follicules isolés formant de petites ulcérations blanchâtres lenticulaires.

Durand (Louis), artilleur, âgé de vingt-deux ans, né à Requista (Aveyron), entré à l'hôpital de Saint-Louis le 21 juin 1868, mort le 6 juillet.

Quinze jours de séjour dans la colonie.

Habitude extérieure. — Sujet de taille moyenne; bonne constitution; embonpoint normal.

Cavité cranienne. — N'a pas été ouverte.

Cavité thoracique. — Poumons sains. Cœur normal.

Cavité abdominale. — Beaucoup de bile dans la vésicule biliaire. Le foie ne présente rien d'extraordinaire. Les intestins sont fortement distendus par des gaz. Le gros intestin surtout présente cette distension exagérée à un très-haut degré. On aperçoit à la surface extérieure de l'intestin grêle et du côlon des taches violacées correspondant aux désordres de la surface intérieure. Le pancréas est volumineux et très-résistant. Les désordres les plus caractéristiques de la fièvre typhoïde se trouvent dans le gros intestin. Les plaques de toutes formes et de toutes dimensions ont complétement envahi la muqueuse ; celles de Peyer offrent un aspect gangréneux et une couleur violacée. Les matières fécales trouvées dans le gros intestin sont fétides, fluides et fortement colorées en jaune.

Rainville (Henri), soldat d'infanterie de marine, vingt-cinq ans, entré à l'hôpital le 26 octobre 1870, décédé le 20 novembre.

Habitude extérieure. — Taille un peu au-dessus de la moyenne, rigidité cadavérique. Musculature puissante. Plaques ecchymotiques sur le plan déclive.

Cavité thoracique. — Les poumons et le cœur sont parfaitement intacts. Le parenchyme pulmonaire n'offre ni congestion, ni hépatisation.

Cavité abdominale. — En découvrant l'intestin, on voit, par places, vers la partie inférieure de l'iléon, des taches d'un brun noirâtre. L'intestin étant ouvert, nous avons trouvé que ces taches correspondaient à des ulcérations qui avaient détruit la couche muqueuse et, en partie, la couche musculaire. Ces ulcérations des glandes de Peyer étaient au nombre de cinq à six dans les trente derniers centimètres de l'iléon ; mais, près de la vulve iléo-cæcale, une vaste ulcération faisait le tour de l'intestin. Nous n'avons découvert aucune perforation ; le péritoine n'offrait d'ailleurs rien d'anormal. Les ganglions mésentériques étaient gonflés, tuméfiés ; leur couleur peu altérée. L

foie et la rate étaient hypertrophiés ; mais leur parenchyme n'offrait aucune altération, ni de couleur ni de consistance. Les reins étaient légèrement gorgés de sang. La vessie a été trouvée vide.

Chauveau (Auguste), soldat d'infanterie de marine, entré à l'hôpital le 28 février 1873, mort le 12 mars.

Autopsie faite seize heures après la mort :

Habitude etxérieure. — Pas d'amaigrissement. Le sang s'est un peu extravasé dans les parties déclives.

Cavité thoracique. — Les poumons sont sains, le cœur normal.

Cavité abdominale. — A l'ouverture de l'abdomen, les intestins distendus par des gaz font hernie. Le foie, un peu volumineux, est normal quant au tissu. Poids, 1,912 grammes. La rate, un peu gorgée de sang, mais dont le tissu est très-résistant, pèse 382 grammes. Les reins sont volumineux et présentent entre eux des différences comme poids et comme couleur. Le rein droit, qui pèse 215 gr., est pâle, décoloré ; il ne présente à la section rien de particulier. Le gauche pèse 232 gr., a une teinte violacée, est dur, congestionné ; à la section, on trouve les tubes et les bassinets gorgés de sang. En déroulant l'intestin, on trouve l'intestin grêle rouge, hyperémié, surtout dans son tiers inférieur, où l'inflammation est le plus intense. A l'ouverture, après un lavage à grande eau, on ne trouve aucune trace d'ulcération. La congestion, apparente en certains points, n'a nulle part amené la suppuration. La muqueuse stomacale ne présente rien d'anormal.

Frélat, caporal tirailleur, vingt-six ans, entré à l'hôpital le 12 janvier 1873, mort le 17.

Autopsie faite cinq heures après la mort :

Habitude extérieure. — Amaigrissement peu marqué. Rigidité cadavérique. Lividités à la partie postérieure du tronc.

Cavité thoracique. — Poumons gorgés de sang à la partie postérieure. Cœur normal.

Cavité abdominale. — Estomac piqueté vers la région pylorique et arborisations. Intestin contenant vers le cæcnm des noyaux d'induration dans les plaques de Peyer; ces mêmes plaques sont ulcérées, sans toutefois qu'il y ait perforation. Le tissu de l'intestin, dans cette région, se déchire sous la moindre traction. Foie, 1,858 gr., couleur marron clair, pas d'hyperémie, tissu sain; vésicule biliaire contenant un liquide poisseux, couleur noire. Rate, 320 gr., gorgée de sang, tissu friable. Rein droit, 165 gr. Rein gauche, 140 gr. Tissu normal.

Raguet, disciplinaire. Mort le 11 janvier 1875.

Cavité abdominale. — Foie : poids, 1,525, volume normal, tissu normal. La vésicule biliaire est fortement distendue par de la bile verte très-liée. Rate : poids, 0,500, hypertrophie légère, ramollissement du tissu, coloration normale. Gros intestin : traces de congestion à la partie moyenne du côlon transverse et au niveau du rectum, distendu par des matières fécales abondantes et pâteuses. Intestin grêle : légère congestion vers la valvule iléo-cæcale et à l'extrémité pylorique. Estomac : contient des matières liquides et des mucosités, fortes arborisations, épaississement, injection et ramollissement de la muqueuse.

Chartier, soldat d'infanterie de marine, vingt-deux ans, entré à l'hôpital le 13 août, décédé le 18.

Autopsie sept heures après la mort :

Cavité thoracique. — Sérosité dans le péricarde. Le cœur est un peu graisseux à la face postérieure. Quand on coupe les veines caves, il s'écoule un sang noir et fluide; pas de caillots. Les poumons sont sains; ils crépitent dans toute leur étendue.

Cavité abdominale. — La rate pèse 270 gr. Elle est un peu ramollie et le doigt s'y enfonce sans beaucoup d'effort. Le foie pèse 1,470 gr.; il est fortement congestionné, et à la face inférieure, au niveau du bord tranchant, on remarque une coloration verdâtre très-prononcée. La bile est jaune verdâtre et très-fluide. L'intestin est hyperémié dans toute son étendue, et présente extérieurement des ar-

borisations vasculaires. Pas de météorisme. Près de la valvule iléo-cæcale on trouve plusieurs plaques de Peyer ulcérées, et, en remontant dans l'intestin grêle, on trouve des follicules clos et des plaques seulement hyperémiés.

Clément, soldat d'infanterie de marine, vingt-deux ans. Entré à l'hôpital le 2 septembre 1875. Mort le 15.

Autopsie faite quatorze heures après la mort:

Cavité thoracique.— Le cœur est sans altération appréciable. Les poumons sont gorgés de sang, mais à la partie postérieure seulement.

Cavité abdominale. — Pas de météorisme. On trouve à première vue l'intestin grêle fortement hyperémié en plusieurs points. On l'incise ainsi qu'une partie du côlon. On trouve sur une longueur de $2^{m}50$ une vingtaine de plaques de Peyer fortement ulcérées. Au pourtour de ces plaques, la muqueuse intestinale est le siége d'une forte hyperémie qui s'étend au loin et va presque rejoindre la partie hyperémiée située autour des plaques voisines. Entre les plaques, on trouve les follicules clos infiltrés et quelques-uns même sont ulcérés. Les ganglions mésentériques correspondant à cette partie de l'intestin sont aussi hyperémiés et sur le point de s'ulcérer. C'est près de la valvule iléo-cæcale que les lésions des ganglions, des plaques et des follicules, sont le plus accentuées, et le côlon lui-même présente, dans une étendue de $0^{m}20$ environ, une hyperémie de sa muqueuse et une altération des follicules clos. La rate est hypertrophiée, mais non ramollie. Le foie ne présente aucune altération. La vésicule biliaire est distendue par une bile peu colorée.

Rousseau, soldat d'infanterie de marine. Mort le 30 janvier 1877.

Cavité thoracique.— Rien de particulier. Les poumons sont sains et on n'y trouve que la stase sanguine *post mortem*.

Cavité abdominale. — A l'ouverture, on remarque quelques adhé-

rences du péritoine à la paroi, puis une distension très-forte de tout le gros intestin, qui est le siége, au moindre mouvement, de gargouillements très-intenses. Le tube intestinal, ouvert, laisse voir vers la partie voisine du point de réunion de l'intestin grêle au gros intestin, sur une longueur de 30 à 40 centim. en remontant vers l'estomac, plusieurs petites plaques dont quelques-unes commencent déjà à s'ulcérer, et dont les autres, hyperémiées fortement, tendent à se réunir en certains points pour former des plaques plus larges. Le gros intestin lui-même présente, vers la partie la plus rapprochée de son point d'abouchement, trois à quatre plaques manifestement en voie d'ulcération, et par places une hyperémie prononcée. La rate est un peu volumineuse, de consistance normale. Rien du côté des reins. Le foie ne présente rien ni dans son volume, ni dans sa coloration.

Métayer (Charles), soldat d'infanterie de marine, vingt-trois ans, entré à l'hôpital le 11 juin 1878, mort le 18.

Autopsie fait douze heures après la mort :

Cavité thoracique. — Les organes respiratoires sont fortement congestionnés, surtout à la base.

Cavité abdominale.— On constate, à l'ouverture de l'abdomen, par transparence, quelques points rouges et noirs. L'intestin étant enlevé, nettoyé et ouvert, présente de nombreuses ulcérations. Plusieurs plaques de Peyer sont tuméfiées, d'autres ramollies et ulcérées. Pas de perforation intestinale. Altération des ganglions mésentériques. Rate et foie normaux.

Parisot, soldat d'infanterie de marine, vingt-trois ans, entré à l'hôpital le 24 juin 1878, mort le 4 juillet.

Autopsie faite dix-neuf heures après la mort :

Cavité abdominale.— A l'ouverture, une petite quantité de liquide clair s'écoule. La masse intestinale est extraite et déroulée ; puis, après y avoir fait passer un courant d'eau, on l'ouvre avec soin d'un bout à

l'autre, sans rencontrer en aucun point de l'intestin grêle ni du gros intestin les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde ; à peine trouve-t-on quelques plaques hyperémiées au commencement du gros intestin. Les poumons offrent à la partie postérieure un peu d'engorgement (1er degré de la pneumonie). Pas d'adhérence.

Duponchel, soldat d'infanterie de marine, vingt-deux ans, entré à l'hôpital le 28 janvier 1883, décédé le 3 février.

Autopsie faite neuf heures après la mort :

Cavité abdominale.— Les intestins sont congestionnés ; le cæcum surtout a un aspect livide ; on y voit des arborisations vasculaires en grand nombre, sur l'iléon principalement. Les plaques de Peyer sont : les unes, d'un rouge vif ; les autres, jaunâtres. Ces dernières ont un aspect gaufré. Toutes sont très-proéminentes. La muqueuse du cæcum présente des ulcérations à bords décollés, à fond d'un gris ardoisé et plus ou moins profondes. Il y a aussi des follicules isolés ulcérés. La cavité péritonéale contenait un liquide peu abondant, louche, dont l'existence a fait penser à une perforation intestinale qu'on n'a pas pu constater. Les ganglions mésentériques sont peu développés. Le foie est intact. La rate est un peu ramollie et augmentée de volume. Les poumons sont légèrement congestionnés à la base et à la partie postérieure.

Baissier (Émile), matelot, quarante-trois ans, décédé le 19 novembre 1883.

Autopsie faite quatorze heures après la mort :

Cavité abdominale. — A l'ouverture, il se dégage une odeur éthérée caractéristique. Le foie pèse 1,900 grammes et ne présente rien de particulier. La rate pèse 380 grammes. L'intestin grêle présente à sa partie inférieure une couleur vineuse. Il est ramolli, hyperémié. Son épithélium est enlevé à certains endroits. On trouve enfin quelques plaques de Peyer légèrement ulcérées.

Giboin, soldat d'infanterie, entré à l'hôpital le 6 mars 1888, mort le 18.

Autopsie faite quinze heures après la mort:

Cavité abdominale.— Foie assez congestionné et pesant 1,800 gr. La rate pèse 250 grammes. Les reins sont normaux. L'intestin grêle, dans toute son étendue, présente des plaques de Peyer à différents degrés d'ulcération: les unes à l'état de simple congestion, d'autres commençant à s'enlever, d'autres enfin plus profondément ulcérées, et ces lésions se rencontrent surtout aux environs de la valvule iléo-cæcale. On rencontre de distance en distance des follicules présentant des ulcérations.

D'après le relevé des pesées effectuées sur le foie et sur la rate, consignées dans le cahier des autopsies de 1861 à 1888, on trouve une moyenne de:

Foie	1,892	grammes.
Foie (maximum) . .	2,325	—
Rate	448	—
Rate (maximum) . .	1,250	—

Nous venons de faire mention d'un nombre suffisant d'autopsies. Dans chacune d'elles, l'anatomie pathologie nous démontre, par l'existence des lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde, l'existence de cette maladie au Sénégal. Dans toutes, nous trouvons l'ulcération des plaques de Peyer, que l'on peut considérer comme le sceau pathologique de la maladie.

La fièvre typhoïde existe dont réellement au Sénégal, chez les Européens. La rencontre-t-on chez les indigènes? Après les travaux de Béranger-Féraud et les appréciations de vieux praticiens sénégalais, il n'est plus permis d'en douter. Béranger-Féraud rapporte dans son ouvrage six autopsies de noirs, qui ont confirmé le diagnostic de la fièvre typhoïde. En 1855, Bérenguier, citant le cas d'une femme indigène qui a succombé à la fièvre typhoïde, écrit ceci:

« Le médecin civil qui pratique à Saint-Louis depuis près de vingt ans nous a dit, dans les premiers temps de notre arrivée dans ce pays, qu'il n'avait jamais vu de fièvre typhoïde au Sénégal. Cette affection est pourtant loin d'être rare dans nos hôpitaux, et elle s'y montre avec tous ses signes diagnostiques et altérations anatomiques. La maladie des follicules et des plaques de Peyer et les ulcérations y sont aussi bien dessinées qu'en France. Nous avons également, et plusieurs fois, observé cette maladie en ville. »

En 1856 (novembre), Lepetit signale cinq décès de fièvre typhoïde, dont un appartenant à la race noire; et, en décembre, six décès, dont deux chez des noirs.

Avant les auteurs que je viens de citer, on croyait déjà à la fièvre typhoïde chez les indigènes, n'en aurait-on pour preuves que les autopsies suivantes :

Marius, laptot du *Basilic*, décédé, le 6 avril 1841, de fièvre typhoïde et pleuro-pneumonie.

Cavité abdominale. — Le foie a un volume considérable ; son tissu est décoloré et ramolli ; il a des adhérences très-fortes avec le diaphragme. Les intestins sont gonflés par les gaz ; les plaques de Peyer sont ulcérées. L'intestin grêle est également ulcéré dans une grande partie de son trajet. Il n'y a pas de perforation.

Nampéné, fusilier indigène ; mort le 12 novembre 1841.

Autopsie faite quinze heures après la mort :

Cavité abdominale. — Dans les dernières portions de l'iléon, injection sanguine assez vive et quelques plaques de Peyer plus développées qu'à l'ordinaire, ou d'aspect réticulé, elliptique, d'un à deux pouces de longueur. Intérieur de l'estomac très-ridé. Muqueuse du cæcum un peu phlogosée. Duodénum et côlon sains. Foie et rate n'ayant rien de notable.

A ces deux autopsies, extraites de l'ouvrage de Bérenger-Feraud, *Maladies des Européens au Sénégal*, j'ajouterai les trois suivantes :

Birama, fusilier indigène; mort le 19 janvier 1842.
Autopsie faite dix heures après la mort :

Cavité abdominale. — Le foie est d'un volume monstrueux ; il est gorgé de sang. Toute la muqueuse intestinale est d'un rouge livide et présente un grand nombre d'ulcérations vers la fin de l'iléon et dans le cæcum.

Nigo-Faly, infirmier indigène ; mort le 25 janvier 1842.
Autopsie faite six heures après la mort :

Cavité abdominale. — La muqueuse de la fin de l'iléon et de tout le côlon est parsemée de petites ulcérations. Les ganglions du mésentère sont engorgés et d'une couleur livide.

Moussa-Dâ, infirmier indigène; mort le 28 janvier 1842.
Autopsie faite quinze heures après la mort :

Cavité abdominale. — Le foie est gorgé de sang; la vésicule biliaire est vide. Toute la muqueuse intestinale est livide et présente des ulcérations parsemées dans la moitié supérieure de l'intestin grêle, nombreuses vers la fin de l'iléon et dans le cæcum, et nulles dans le côlon, où l'on n'en remarque que deux très-petites dans la portion descendante. Engorgement considérable des ganglions du mésentère, qui sont rougeâtres.

Il est donc évident que la dothiénenterie existe aussi bien chez les noirs que chez les blancs. Elle est beaucoup plus facile à examiner et à contrôler chez les blancs. Ainsi, il nous aurait été impossible de posséder les autopsies précédentes, si les décédés n'avaient été des indigènes militaires.

STATIS

TABLEAU DES CAS ET DÉCÈS DE FIÈVRE

DE 1866

ANNÉES	Janvier		Février		Mars		Avril		Mai		Juin	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
1866	2	»	2	»	1	»	3	»	»	»	1	»
1867	1	»	»	»	2	»	»	»	3	»	»	»
1868	2	»	1	»	»	»	2	»	1	»	»	»
1869	»	»	2	»	1	»	2	»	»	»	3	»
1870	1	»	»	»	2	»	»	»	2	1	1	»
1871	»	»	2	»	»	»	2	»	»	»	»	»
1872	2	»	»	»	1	»	»	»	3	»	»	»
1873	»	»	2	»	»	»	1	»	»	»	»	»
1874	2	»	»	»	2	»	3	»	4	»	2	»
1875	2	1	3	»	1	»	»	»	»	»	»	»
1876	1	»	»	»	»	»	1	»	2	»	2	»
1877	»	»	3	»	»	»	»	»	2	»	»	»
1878	4	1	1	1	2	»	2	»	2	1	»	»
1879	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»
1880	2	1	4	4	4	2	1	»	2	1	2	1
1881	»	»	1	»	2	1	2	1	1	»	4	»
1882	4	1	»	»	1	1	1	3	»	»	2	2
1883	2	2	3	1	1	1	3	»	1	»	»	»
1884	1	»	1	1	1	»	2	»	2	»	1	»
1885	2	»	1	1	»	»	2	»	2	»	4	1
1886	1	»	1	1	1	»	»	»	»	»	»	»
1887	3	1	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»
	32	7	28	9	23	7	29	5	26	4	22	4

Soit 371 cas, sur

ou une moyenne

TIQUES

TYPHOIDE, PAR MOIS ET PAR ANNÉE

A 1887

Juillet		Août		Septemb.		Octobre		Novemb.		Décemb.		TOTAUX	
Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
1	1	1	»	»	»	2	»	1	1	2	»	16	2
2	»	»	»	1	»	»	»	3	»	»	»	12	»
1	»	2	»	»	»	1	»	1	»	2	»	13	»
»	»	1	»	1	»	»	»	2	»	1	»	13	»
1	1	»	»	1	»	2	2	4	4	1	»	15	8
1	»	»	»	1	»	1	»	»	»	1	»	8	»
»	»	1	»	»	»	2	»	1	»	»	»	10	»
»	»	1	»	»	»	2	»	3	3	4	2	13	5
1	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	10	»
»	»	1	1	1	1	2	»	4	4	1	»	20	8
»	»	1	»	1	1	5	5	3	3	2	1	16	10
2	1	»	»	2	»	3	2	1	1	»	»	14	4
»	»	3	1	»	»	1	1	2	1	1	1	16	7
»	»	2	1	»	»	1	»	5	2	3	1	14	4
5	2	4	4	3	2	2	2	8	5	2	2	37	26
1	1	2	1	1	1	2	»	1	1	»	»	15	6
»	»	4	4	5	3	4	4	1	1	6	4	30	19
»	»	»	»	»	»	1	1	4	2	»	»	18	12
1	»	4	1	»	»	»	»	2	1	1	»	13	3
»	»	1	1	1	»	»	»	»	»	»	»	6	2
4	»	5	2	6	»	1	»	1	1	1	»	25	4
4	»	6	»	6	1	1	»	4	»	4	»	37	5
24	6	39	16	30	9	33	17	53	30	32	11	371	125

lesquels 125 décès

de $\frac{125}{371} = 34\ \%$

NOMBRE DES CAS ET DES DÉCÈS

DE FIÈVRE TYPHOÏDE

PAR TEMPS DE SÉJOUR DANS LA COLONIE, DE 1866 A 1887

SÉJOUR	CAS	DÉCÈS
1 mois	46	14
2 —	26	11
3 —	36	14
4 —	21	6
5 —	27	9
6 —	27	5
7 —	22	11
8 —	18	9
9 —	18	7
10 —	10	3
11 —	10	4
12 —	12	4
1 à 2 ans	78	16
2 à 3 ans	8	6
3 à 4 ans	2	2
4 à 5 ans	5	2
5 à 6 ans	»	»
6 à 7 ans	3	2
7 à 8 ans	»	»
8 à 9 ans	1	»
9 à 10 ans	»	»
10 à 11 ans	»	»
11 à 12 ans	»	»
15 à 16 ans	1	»
TOTAUX	371	125

RÉPARTITION DES CAS ET DÉCÈS PAR CORPS

DE 1866 A 1887

CORPS	EFFECTIF	CAS	DÉCÈS	Pour 1,000 hommes d'effectif Nombre de CAS	Pour 1,000 hommes d'effectif Nombre de DÉCÈS	Sur 100 cas traités à l'hôpital Nombre des décès	MOYENNES GÉNÉRALES sur toutes les troupes et pour 1,000 hommes
Infanterie de marine.....	6,400	232	84	36 °/₀₀	13 °/₀₀	36	
Artillerie de marine.....	3,000	73	21	24 °/₀₀	7 °/₀₀	29	Cas : 32 °/₀₀
Équipages de la flotte.....	1,600	41	11	25 °/₀₀	7 °/₀₀	27	Décès : 11 °/₀₀
Spahis.....	600	25	9	42 °/₀₀	15°/₀₀	36	
TOTAL.....	11,600	371	125				

RÉPARTITION DU NOMBRE DE CAS ET DE DÉCÈS

DE FIÈVRE TYPHOÏDE

PAR TRIMESTRE, DE 1839 A 1858

ANNÉES	1er Trimestre		2e Trimestre		3e Trimestre		4e Trimestre		TOTAUX	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
1839	»	»	2	»	3	»	»	»	5	»
1840	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1841	1	»	2	»	1	1	32	»	36	1
1842	8	6	»	»	»	»	»	»	8	6
1843	4	3	»	»	»	»	»	»	4	3
1844	1	1	»	»	»	»	»	»	1	1
1845	16	2	13	»	8	1	7	»	44	3
1846	14	6	8	2	9	2	4	»	35	10
1847	7	5	»	»	»	»	5	3	12	8
1848	15	»	»	»	2	»	»	»	17	»
1849	5	»	»	»	4	2	2	»	11	2
1850	»	»	»	»	»	»	3	»	3	»
1851	»	»	»	»	»	»	7	»	7	»
1852	8	»	»	»	»	»	3	3	11	3
1853	11	2	19	1	13	»	»	»	43	3
1854	1	»	1	»	3	1	6	4	11	5
1855	3	2	2	»	8	6	4	2	17	10
1856	8	»	7	7	15	»	19	14	49	21
1857	2	»	2	»	»	»	1	»	5	»
1858	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux..	104	27	56	10	66	13	93	26	319	76

D'après ces statistiques qui ont été dressées minutieusement par le docteur Girard, prévôt de l'Hôpital maritime de Saint-Louis, nous voyons d'abord dans le premier tableau, qui donne par mois et par année les cas de fièvre typhoïde, depuis 1866 jusqu'à 1887 inclusivement, que c'est généralement dans les mois qui précèdent et qui terminent l'hivernage que la morbidité a sa plus grande fréquence. C'est en effet au mois d'août qu'arrivent les pluies torrentielles. Le sol est détrempé, et les matières organiques qui s'y trouvent entrent en décomposition sous l'influence de la chaleur. De même à la fin de la saison des pluies (novembre et décembre), les eaux se retirent, laissant à découvert tous les détritus animaux ou végétaux qui se sont accumulés pendant l'hivernage et qui sont mûrs pour la décomposition.

C'est pendant l'année 1880 que nous trouvons le plus de fréquence et de gravité dans l'affection. Ce mauvais état sanitaire a coïncidé avec les travaux de construction du quai ouest de Saint-Louis. Des quantités énormes de vase et d'immondices de toute sorte ont été remuées de telle manière que toute la partie de la ville qui se trouvait dans le voisinage des travaux était constamment plongée dans une atmosphère morbigène. Sur 37 cas, il y a eu 26 décès.

En 1887, les cas ont été aussi nombreux, mais il n'y a eu que cinq décès.

D'après cette statistique, on voit que la moyenne par an des cas et des décès a été de :

$$\text{Cas} : \frac{371}{22} = 17. \quad - \quad \text{Décès} : \frac{122}{22} = 5,7$$

Le deuxième tableau, qui donne le nombre des cas et des décès de fièvre typhoïde, par temps de séjour dans la colonie, nous montre d'une façon évidente que la fréquence et la gravité de l'affection sont en raison inverse du temps de séjour. Ce sont généralement les nouveaux arrivants qui contractent la maladie. C'est ainsi que l'on constate 273 cas, dont 97 décès, sur des hommes comptant d'un mois à un an

de présence dans la colonie, tandis que, sur ceux qui ont d'un an à deux ans de séjour, l'on ne compte plus que 70 cas, dont 16 décès. Plus la durée de séjour augmente, moins est fréquente l'affection.

Le troisième tableau, donnant la répartition des cas et décès par corps, fait ressortir d'une manière très-claire que ce sont les spahis et l'infanterie de marine qui ont eu la haute morbidité et la plus grande mortalité. En voici quelques raisons : le quartier de cavalerie, de même que les casernes d'infanterie de marine, se trouvait sur le côté du fleuve où les quais étaient en construction. De plus, le quartier de cavalerie était attenant à l'hôpital (voisinage aussi funeste à l'un qu'à l'autre), et les spahis logeaient au-dessus de leurs écuries.

Les équipages de la flotte ont moins souffert que les autres corps ; c'est dû certainement à l'isolement des navires de la terre et surtout à leur propreté.

Quant à l'artillerie de marine, elle se compose, en général, d'hommes vigoureux, robustes, ayant l'avantage d'avoir une solde plus élevée que celles des autres corps et pouvant, par conséquent, se procurer des avantages matériels interdits à leurs cammarades de la cavalerie et de l'infanterie.

En comparant maintenant le quatrième tableau, qui donne la répartition du nombre de cas et de décès de fièvre typhoïde de 1839 à 1858, au premier qui va de 1866 à 1887, nous nous trouvons en présence de deux périodes de vingt années, et nous constatons que, si le nombre des cas est approximativement le même, le nombre des décès est bien différent.

Ainsi, dans la période de 1839 à 1858, sur 319 cas, il y a 76 décès, c'est-à-dire le quart, tandis que, dans la période de 1866 à 1887, sur 371 cas, on trouve 125 décès, c'est-à-dire le tiers. Il est évident que la morbidité et la mortalité ont augmenté; mais il faut dire aussi que la population civile européenne a presque doublé. De plus, les communications avec la France sont bien plus fréquentes et bien plus rapides. Enfin, la maladie a fini par avoir droit de cité; elle s'est établie sur le sol même et est devenue endémique.

SYMPTOMATOLOGIE

« Les auteurs, dit Corre, ont émis des appréciations très-dissemblables sur les caractères que présente la fièvre typhoïde dans les pays chauds. Les uns affirment que la maladie n'éprouve aucune modification; d'autres, qu'elle diffère beaucoup de la pyrexie observée dans nos climats tempérés; d'autres enfin, les plus rapprochés selon nous de la vérité, qu'elle conserve son allure et ses caractères généraux, mais revêt certaines modalités en rapport avec les conditions spéciales de son développement dans une zone de haute thermalité et parmi des races d'organisation et d'habitudes très-diverses »

Cette dernière proposition, au moins pour la Sénégambie, nous semble, en partie, la plus rationnelle. La revue détaillée de la symptomatologie de l'affection chez les *Blancs,* à laquelle nous allons nous livrer, nous montrera en effet que, non-seulement la fièvre typhoïde a conservé ici les grands traits caractéristiques de sa marche générale; qu'elle y présente, en outre, la plupart de ses caractères typiques et de ses symptômes habituels; qu'elle n'est pas, dès lors, très-différente de celle qu'on observe en dehors des zones tropicales; mais nous démontrera aussi qu'elle a une tendance marquée à se manifester sous une forme plus spéciale, *et presque toujours la même,* et qu'elle est de plus soumise, dans ses évolutions, à des irrégularités particulières qui ne modifient, du reste, que fort peu sa physionomie générale: cette modalité générale et ces irrégularités particulières résultant, et de conditions cosmiques nouvelles propres à cette partie africaine du continent, et de là l'influence exercée par la phase d'acclimatement en pays chaud, et peut-être surtout de l'impression du calorique, qui joue un rôle si important sous les climats torrides.

En ce qui concerne l'élément de couleur, nous ne saurions avancer actuellement rien de très-précis au sujet de l'affection qui nous occupe. Les documents que nous possédons sont si faibles, si peu importants ; les observations qu'il nous a été donné de trouver dans les archives médicales de l'hôpital de Saint-Louis sont si écourtées, qu'il nous serait impossible de fournir une description bien exacte des symptômes et de la marche de la fièvre typhoïde chez les noirs et les métis, et, par suite, de définir très-nettement la modalité pathologique particulière à cette maladie évoluant chez les races indigènes.

Passons maintenant à l'examen des principaux phénomènes morbides tels qu'ils ont été relatés dans les observations faites ou Sénégal. Voyons en quoi ils peuvent subir des modifications, comment ils doivent présenter des irrégularités. Essayons, en un mot, de fixer la symptomatologie générale de la fièvre typhoïde, telle qu'on l'observe en cette colonie. Que dirons-nous tout d'abord des symptômes dits prodromiques et de ceux qui se rattachent à la période d'invasion ? Ils sont si mal définis et pourraient se rapporter ici à tant d'autres pyrexies, qu'il serait inopportun d'insister sur ce sujet. D'autre part, il serait inutile de les rechercher sur les feuilles de clinique, la plupart des hommes qui sont envoyés à l'hôpital étant malades depuis déjà assez longtemps, depuis une période variant de huit à douze jours habituellement, c'est-à-dire présentant une affection en pleine évolution. Pendant ce temps, la maladie a suivi une partie de son cours sans provoquer, il est vrai, des manifestations bien bruyantes: vague céphalalgie ou plutôt sensation de lourdeur à la tête (insomnie, affaissement moral), lassitude, prompte fatigue au moindre travail, dépression rapide des forces, dégoût des aliments, inappétence, amaigrissement, etc., etc.

Tous ces symptômes se rapprochent beaucoup de tout ce qu'on éprouve au début d'un séjour sous le ciel des tropiques. Ils sont dès lors traités la plupart du temps en quantité négligeable, et ce n'est qu'après avoir traîné ainsi pendant quelques jours, après avoir fait,

pour nous servir d'une expression vulgaire, mais qui rend bien notre pensée, après avoir fait, disons-nous, *une bonne partie de sa maladie sur pied,* que l'homme se rend à la visite et est expédié à l'hôpital avec cette note: *fièvre et embarras gastrique,* diagnostic que le cours ordinaire des symptômes bien nets, bien accusés, transformera bientôt, et dans la généralité des cas, en celui de *fièvre typhoïde.* Un symptôme communément rencontré en France, et qui sert à éclairer l'observateur, fait ici souvent défaut. Nous voulons parler de l'*épistaxis de début.* Dans le dépouillement des cas de fièvre typhoïde observés depuis 1865 jusqu'à 1887, c'est-à-dire dans une période de vingt années, sur 125 décès relevés, c'est à peine si nous rencontrons 19 cas où l'hémorrhagie nasale se soit manifestée. Nous devons ajouter, il est vrai, que notre statistique n'a peut-être pas une exactitude rigoureusement mathématique: un assez grand nombre de feuilles de clinique qui nous sont passées sous les yeux étaient vierges de toute note; une partie était privée du billet, dit *talon,* qui accompagne l'homme à l'hôpital et signale les premiers symptômes. Malgré ces quelques lacunes, il n'en reste pas moins établi que l'épistaxis est un phénomène que l'on note assez rarement dans la fièvre typhoïde au Sénégal.

Ce fait, du reste, est parfaitement en rapport avec ce qui a été écrit par d'autres observateurs et en d'autres régions chaudes: Antilles (Béranger-Féraud, Laffond), Nouvelle-Calédonie (Vinas), Guyane (Dupont), Brésil (Torrès-Hommen), Indes (médecins militaires anglais); navires, transports naviguant dans les zones tropicales (Mourson, Jourdan). Ajoutons encore que les épistaxis que nous avons notées n'ont jamais été ni très-abondantes, ni très-répétées. Sur trois malades seulement, elles se sont manifestées avec une fréquence et une gravité exceptionnelles. Chez ces derniers, elles se sont montrées pendant tout le cours de la maladie, qui a eu, dans les trois cas, une terminaison rapide et fatale. Il est enfin une particularité à signaler: c'est la fréquence, ou mieux l'existence à peu près constante de l'épistaxis dans le cas de fièvre typhoïde où ont prédominé les symptômes bilieux. Mais, dans ces conditions, l'épistaxis, au lieu de se montrer dès le

début de la maladie, ne se manifestait que beaucoup plus tard. En effet, ce n'est guère qu'à partir du sixième jour de traitement à l'hôpital que l'on voit consigner ces symptômes dans les observations. Nous devons dire aussi qu'elle a coïncidé avec d'autres hémorrhagies: pétéchies, hémorrhagies intestinales.

L'analyse des troubles digestifs a une très-grande importance. Et tout d'abord, quel est l'état de la langue pendant l'évolution de la maladie? Si nous lisons ce qu'ont écrit les praticiens des diverses contrées chaudes, nous nous trouvons en présence de bien des contradictions. Pour les uns, elle conserverait toujours son humidité (Moursou, Laffond, Jourdan, Vinas); pour les autres, au contraire, la sécheresse de cet organe serait la règle générale. Pour nous, entre ces opinions si nettement opposées, nous nous contenterons d'une solution mixte, tout en formulant cependant une restriction sur la fréquence d'un de ces états sur l'autre. Le fait de constater que, sur 125 cas mortels, 16 fois on a observé ce qu'on est convenu d'appeler la *langue rôtie,* montre que ce phénomène morbide peut exister, mais n'a pas la prédominance. Il serait difficile de préciser le rapport qui peut exister entre le symptôme précité et le degré de gravité de la maladie; mais nous devons toutefois faire remarquer *qu'il a presque toujours coïncidé avec des phénomènes ataxiques* d'une assez grande violence; et, dans la plupart des cas dont il s'agit, les lèvres étaient également sèches, les gencives et les dents couvertes de fuliginosités.

Nous voyons donc que la langue conserve son humidité presque toujours dans la fièvre typhoïde observée au Sénégal. Est-ce à dire qu'elle ne subit point certaines modifications? Indépendamment des produits qui peuvent recouvrir sa surface, et qui relèvent de l'embarras gastrique et de complications bilieuses, elle présente un état tout particulier qu'il importe de signaler à cause de sa très-grande fréquence. Elle possède une surface ordinairement large, étalée, légèrement saburrale à la partie médiane et postérieure, et couverte d'un pointillé rouge qui lui donne une apparence toute spéciale; une bande rouge pâle assez large court sur ses bords et occupe une large portion triangulaire de sa pointe.

Les vomissements sont rarement observés ; on les rencontre tout au début de l'affection ; mais cette intolérance n'est point constante, et elle ne persiste point, du reste, pendant toute la durée de la maladie. C'est ce qu'on observe communément en France, et nous n'avons insisté sur ce symptôme que pour placer la petite remarque suivante : Rulland (1872) constate la rareté de ce syndrome, ce qui paraît digne d'attirer l'attention, étant donné qu'au Sénégal *la moindre insolation, le plus petit accès de fièvre, ne vont pas sans être accompagnés de vomissements très-tenaces.* Et si en parcourant les observations, nous y voyons signalés des vomissements très-pénibles et très-difficiles à combattre, c'est plutôt à l'action de la quinine donnée à haute dose qu'à l'influence typhique qu'il faut les rapporter. Dans ce cas, cet agent thérapeutique n'a pas été sobrement administré ; le médecin, tenu en éveil par l'idée qu'il pratique en pays éminemment paludéen, ne craint pas, devant une fièvre continue, de gorger son malade du précieux spécifique, et de provoquer ainsi la persistance d'un symptôme qu'on ne devrait pas rencontrer dans l'affection.

Les symptômes abdominaux sont loin d'avoir une égale fréquence. Contrairement à ce qui a été signalé dans les autres pays chauds où la constipation dans la fièvre typhoïde est la règle (Torrès-Hommen, Laffond, Dufour, Dutrouleau, Dupont, Vinas, Jourdan), la diarrhée est ici le phénomène le plus constamment observé ; dans les relevés que nous avons faits, son chiffre prime de beaucoup celui de tous les autres syndromes ; nous pourrons, du reste, donner des chiffres dont l'approximatif peut être considéré comme de l'exactitude. Sur 125 cas mortels, nous avons compté 81 cas avec diarrhée, 5 avec alternatives de diarrhée et de constipation, 6 avec constipation. Les autres feuilles de clinique ne contenaient aucune observation. Cette diarrhée est constituée par des selles liquides, très-abondantes (5 à 17 dans les vingt-quatre heures), d'odeur fétide, de coloration variant de l'ocre jaune au vert foncé, noirâtres, etc....Dans les cas heureux, cette diarrhée exerce une assez fâcheuse influence sur la fin de la maladie et ne contribue pas peu à prolonger l'affaiblissement des malades et à retarder

assez longtemps la convalescence. En consultant les dossiers médicaux de quelques hommes, nous avons pu constater que plusieurs, après la guérison de leur fièvre typhoïde, étaient rentrés à l'hôpital, atteints de diarrhée chronique.

Peut-on admettre que cette affection fût une conséquence de la première? Nous n'osons l'affirmer, mais nous le croyons. La constipation manquant dans presque tous les cas et la diarrhée se rencontrant presque toujours dans l'affection telle que nous l'observons ici, il ne faut donc pas s'étonner de voir signaler si souvent le gargouillement dans la fosse iliaque droite, et aussi ce crépitement particulier, typique, qu'on désigne sous le nom de crépitement iléo-cæcal. Mais nous ne nous appesantirons pas sur ces symptômes, qui n'ont du reste ici rien de pathognomonique, les gargouillements se percevant à la pression à peu près en tous les points de l'abdomen. Nous ne saurions mentionner une aussi grande fréquence, quant à ce qui concerne la douleur que, d'après la théorie, on devrait toujours reconnaître dans la région précitée : les cas ne sont point rares où la pression exercée en ce point ne détermine aucune souffrance, et nous avons pu constater ce fait dans des cas où, à l'autopsie, l'intestin présentait des lésions souvent très-avancées et très-profondes; et cependant, au cours de l'affection, les malades n'avaient accusé aucune douleur ni spontanée, ni provoquée dans la fosse iliaque.

Le météorisme (non constant d'après Torrès) est, après la diarrhée, le symptôme le plus précoce et le plus fréquent. Dans notre statistique, nous en avons relevé quarante-sept fois la présence. Faisons remarquer en passant la relation qui existe entre ce phénomène morbide et le caractère de gravité de l'affection, fait constaté également par Bérenger-Féraud dans la fièvre typhoïde aux Antilles.

Une éruption dont l'apparition a une grande importance dans l'affection, se manifestant dans les pays tempérés, se signale au Sénégal par sa rareté; nous voulons parler des taches rosées lenticulaires. Et ici nous sommes d'accord avec tous les observateurs qui ont écrit sur la fièvre typhoïde des pays chauds (Dutrouleau, Lavereau, Colin, Grie-

singer, Brassac, Dupont, Carpentier, etc.). Torrès-Hommen, dans une étude sur l'iléo-typhus (Brésil), dit que les taches typhoïdes n'apparaissent que dans des cas exceptionnels et très-tardivement. Nous serons moins affirmatifs sur la première proposition ; nos recherches ne nous ont point permis d'admettre un rapport quelconque entre la sévérité de la maladie et la présence des taches rosées, car dans plus de 300 observations sur lesquelles ont porté nos investigations, nous avons constaté que, dans près de 50 cas, on avait noté l'existence des taches rosées ; or, sur ces 300 observations, il y a eu 125 cas mortels, et sur ces derniers 15 étaient notés avec des taches lenticulaires : ce qui vérifie notre assertion.

Nous serons, au contraire, de l'avis de Torrès-Hommen en ce qui a rapport au retard apporté à l'apparition de l'éruption. Ce n'est guère, en effet, que vers les cinquième, sixième, septième, huitième jours de traitement à l'hôpital qu'elle est constatée ; et, d'autre part, nous nous rappelons qu'au début de ce travail nous avons admis que les malades nous étaient adressés vers le sixième ou le septième jour de leur maladie. Nous arrivons ainsi à conclure que ce n'est guère que du onzième au douzième jour qu'on peut les voir apparaître ; en France, au contraire, c'est vers le septième jour qu'elles se manifestent.

Les sudamina représentent un symptôme de peu d'importance ; nous ne les voyons, du reste, que très-rarement notées : 3 fois sur 125 cas suivis de mort. Les pétéchies se rencontrent plus communément. Nous les avons notées sept fois sur le nombre des cas précités : dans un cas, elles couvraient tout le corps et les membres. Elles sont apparues dans les formes les plus graves de l'affection.

De tout ce que nous venons d'écrire sur ces diverses éruptions, nous pouvons conclure qu'étant donnée la grande irrégularité qui existe dans leurs manifestations, elles ne sauraient présenter un caractère diagnostique ou pronostique (à moins toutefois pour les pétéchies) de quelque valeur.

Les troubles de l'appareil respiratoire n'acquièrent pas ici une grande intensité. La bronchite simple, avec de gros râles, apparaît au début

de l'affection: elle ne semble pas en gêner la marche ; du reste, elle n'est pas très-commune, et, dans notre relevé statistique, nous ne la voyons comptée que deux fois. C'est surtout dans les mois de janvier et février qu'elle a sa fréquence, et cela ne doit pas nous étonner, étant donné qu'à cette époque la température extérieure a ses chutes les plus basses et les plus brusques, irrégularité thermique due à la variabilité des vents tournant subitement de l'ouest à l'est.

Les malades atteints de fièvre typhoïde se plaignent souvent de douleurs dans les hypochondres : plusieurs observations mentionnent un certain degré d'hypertrophie du foie et de la rate. Pour nous rendre compte de l'accroissement réel de volume que pouvaient subir ces organes, nous avons consulté le registre des autopsies de 1861 à 1888 ; nous avons trouvé comme résultat que le poids moyen du foie était de 1,892 grammes, avec un maximum de 2 kil. 325, et celui de la rate de 448, avec un maximum de 755. Ces organes sont donc congestionnés ; cela a été fréquemment observé au Brésil. Il n'en serait pas tout à fait de même en Nouvelle-Calédonie. En effet, dans cette colonie, d'après Gervais, l'hypertrophie hépatique coïnciderait avec la conservation du volume de la rate.

Les sueurs sont ordinairement profuses ; elles n'ont rien de caractéristique, si ce n'est pourtant leur odeur. Dans quelques cas graves, elles présentaient une *odeur urineuse* assez particulière pour que nous la signalions.

Les urines sont, ainsi qu'on l'observe en France, très-colorées, peu abondantes ; nous voyons notée, dans le bulletin d'analyse, l'existence de l'albumine et des sels biliaires. Chez certains malades, ces produits ont été rencontrés en quantité notable. Ajoutons que leur présence était toujours d'un pronostic sévère. Dans deux cas, il a été noté de l'anurie ; dans l'un, pendant une période de trois jours ; dans l'autre, pendant deux jours. Dans un cas, la miction a été très-douloureuse. Dans ces trois observations, la maladie a eu une issue fatale.

Nous avons épuisé l'analyse des grands symptômes. Nous n'insisterons pas sur l'existence dans l'iléo-typhus des Tropiques, du délire,

de la carphologie, du soubresaut des tendons, etc... : ces symptômes sont constants. Il ne nous reste plus qu'à signaler la constatation d'un signe qui comporte une haute gravité : nous voulons parler du *hoquet*. Dans quatre cas mortels, il s'est manifesté avec une persistance et une violence assez remarquables pour que nous n'omettions pas d'en faire mention.

Complications.— Dans la fièvre typhoïde observée au Sénégal, il est quelques complications qui, bien que rares, méritent d'attirer l'attention. L'angine simple se rencontre assez fréquemment, et nous voyons notées souvent, sur les feuilles de clinique, des pharyngites, des amygdalites, etc. L'hémorrhagie gingivale est signalée dans un cas mortel. Les hémorrhagies stomacales sont très-rares. En lisant le cahier des autopsies, nous avons pu voir que, dans certaines formes graves, on avait trouvé des ulcérations superficielles sur la surface interne de cet organe, et que dans sa cavité se trouvait un liquide noirâtre. Les hémorrhagies intestinales apparaissent quelquefois (5 fois sur 125 décès). Ce chiffre ne s'éloigne pas beaucoup de celui relevé dans les pays tempérés (6 °/₀). Il est vrai de dire que cette proportion est toute relative, notre examen n'ayant porté que sur une période allant de 1865 à 1887. Dans certaines épidémies typhiques, à allure très-sévère, qui se sont produites antérieurement à la première date, la proportion pour cent des hémorrhagies intestinales a été très-considérable. C'est ainsi qu'en 1853, au cours d'une petite épidémie, nous voyons porter dans les décès quatorze cas à forme hémorrhagique.

La péritonite est exceptionnelle : dans l'espace de trente ans, nous en relevons deux cas seulement. Mentionnons encore un cas de fièvre typhoïde compliqué de périty phlite.

Il est une complication dont il n'est pas fait mention dans le typhus abdominal des pays tempérés. Nous voulons parler de la dysenterie qui est venue quelquefois se greffer sur la fièvre typhoïde, dans des cas observés dans quelques colonies et sur quelques bateaux. « Nous voyons alors, dit Corre, l'association de cette maladie avec

l'iléo-typhus donner lieu à une partie des cas qu'on appelle dysenterie typhoïde (cycle fébrile, taches rosées, épistaxis, phénomènes ataxo-adynamiques, etc.), ou se substituer par moments à ces derniers (gargouillements à la fosse iliaque droite, selles diarrhéiques, etc.). » Cette complication a été signalée par Dutrouleau au Sénégal ; il la regarde comme accidentelle, « soit que la dysenterie vienne par hasard s'enter sur la fièvre typhoïde, soit qu'une influence étrangère au climat local vienne s'ajouter aux causes endémiques. »

Thévenot a fait un mémoire sur un typhus dysentérique observé par lui à Saint-Louis, à la fin de 1837, et n'ayant atteint que les hommes couchés pour la dysenterie dans les salles de l'hôpital. Delord, qui a servi dans le même hôpital, parle également de ce typhus dysentérique, qu'avec la fièvre pernicieuse dysentérique, il faut distinguer de la véritable dysenterie du Sénégal. Nous n'avons pas eu la bonne fortune de pouvoir consulter le manuscrit de Thévenot ; il existe au ministère de la marine ; mais les archives médicales de Saint-Louis n'en ont pas le double. Nous avons feuilleté les vieux cahiers d'observations pour retrouver quelques-uns de ces cas intéressants ; mais les documents que nous avons rencontrés sont peu importants ; nous les transcrivons cependant :

Septembre 1837.— Plusieurs dysenteries très-graves avec complication de fièvre, quelquefois de typhus. Généralement, dans la forme rémittente, on observe des déjections fréquentes bilieuses, et même dysentériques, avec du sang. La fièvre rémittente grave et la dysenterie marchent ensemble.

Au commencement du mois, il se manifeste plus de gravité dans la maladie. La rémission est moins franche et ne permet pas toujours d'agir. Nous sommes sous l'influence d'une cause délétère inappréciable qui donne aux maladies une marche irrégulière. Nous perdons pendant ce mois trois Européens (dysentériques chez qui la maladie a été très-intense et compliquée de fièvre continue) ; ils succombent à une affection typhoïde : l'un presque immédiatement après son entrée à l'hôpital ; les deux autres après cinq jours de maladie.

Outre les symptômes insolites présentés par eux, on trouve à l'autopsie une éruption miliaire sur toute la surface du tube digestif. Nous allons perdre un matelot qui offre tous les symptômes de la fièvre typhoïde (disons par anticipation que ce dernier est mort le 28 octobre et qu'il a offert une éruption analogue, mais bien plus prononcée que chez les deux autres : quatorze jours de maladie).

Octobre. — Les dysenteries compliquées d'entérite exanthémateuse ont disparu dès l'arrivée des vents d'est. Nous avons perdu plusieurs hommes (12) de cette maladie, du 1er au 22 octobre. Les autopsies ont toujours montré un exanthème remarquable dans le petit intestin, soit sous forme de granulations, soit sous forme de pustules pleines ou ulcérées : toujours désorganisation plus ou moins grande du gros intestin. Les symptômes de la maladie ont été tous ceux de la dysenterie, moins la douleur abdominale ; et, de plus, la fièvre continue avec stupeur, ataxie, délire, etc.

Novembre. — 5 décès pour dysenterie compliquée d'entérite exanthémateuse.

Décembre.— Deux décès pour gastro-entérite et dysenterie.

Février. — Un décès pour dysenterie typhoïde, chez un jeune soldat atteint de dysenterie aiguë : évolution d'une fièvre typhoïde, éruption folliculeuse dans le petit intestin, rougeur et gonflement des plaques de Peyer ; inflammation chronique et couleur ardoisée du gros intestin, qui présente des traces d'ulcérations. Ecchymose de la muqueuse gastrique. Hépatisation du poumon droit, simple engouement du gauche.

Les complications du côté de l'appareil respiratoire sont peu fréquentes. Sur nos observations, nous comptons quelques laryngites : dans deux cas, elles ont été accompagnées d'œdème laryngé qui a provoqué une mort rapide par asphyxie. Nous relevons également deux cas mortels de fièvre typhoïde compliqués de pneumonie lobaire.

Comme troubles cardiaques, nous n'avons à noter qu'un cas de péricardite. C'est celui du nommé Lecointe, spahi, âgé de vingt-cinq ans, entré à l'hôpital le 24 octobre 1876 et décédé le 30 de *fièvre ty-*

phoïde abortive avec péricardite. L'autopsie dénote : 1° forte congestion des deux poumons ; 2° feuillets péricardiques adhérents par places, non épaissis, mais offrant çà et là, surtout à l'intérieur, un aspect lactescent et opalin ; 3° ganglions mésentériques un peu hypertrophiés et de coloration ardoisée ; 4° muqueuse de l'intestin grêle (dernière portion) arborisée, comme finement ecchymosée par places ; saillies légères des glandes solitaires, plaques de Peyer sans hypertrophie appréciable, mais inégales, rugueuses, rougeâtres, piquetées ; 5° rate aplatie, sensiblement ramollie ; poids, 360 grammes.

Nous relaterons ici deux autopsies dans lesquelles on a trouvé, outre les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde, la présence d'abcès du foie :

Lemoine (Élisée), âgé de vingt-deux ans, entré à l'hôpital le 25 janvier 1883, décédé le 3 février de *fièvre typhoïde et abcès du foie.*

Autopsie faite huit heures après la mort :

Habitude extérieure.—Amaigrissement peu prononcé. Teinte subictérique des téguments.

Cavité abdominale.— La cavité péritonéale renferme un peu de sérosité. Intestins : le mésentère et le grand épiploon sont injectés ; les ganglions mésentériques, augmentés de volume ; parmi ces derniers organes, les uns sont durs, les autres un peu ramollis ; les intestins ont leur surface extérieure hyperémiée, surtout au niveau du cæcum et du gros côlon ; elle présente des plaques bleuâtres. La surface intérieure de l'iléon est rougeâtre : on y trouve quelques plaques de Peyer, qui sont un peu proéminentes et d'un rouge plus foncé que les parties avoisinantes. Dans le cæcum, qui est d'un rouge vineux, il y a un grand nombre de follicules isolés ayant l'aspect de petits tubercules ulcérés à leur sommet. La muqueuse du côlon est d'une couleur gris bleuâtre et présente plusieurs ulcérations d'un centimètre de diamètre. Foie : cet organe, considérablement augmenté de volume, présente à la par-

tie antérieure et latérale droite des adhérences avec la paroi abdominale; cette portion du foie est le siége d'un vaste abcès qui contient un pus épais, rougeâtre. Les autres parties du foie, principalement celles qui environnent l'abcès, sont congestionnées. Rate: la rate est peu augmentée de volume; sa coloration est à peu près normale.

Mauduit, dix-neuf ans, soldat d'infanterie de marine, mort le 3 décembre 1885 de *fièvre thyphoïde et hépatite suppurée.*

Nécropsie faite le 4, à neuf heures du matin:

Habitude extérieure.—Rigidité cadavérique. Constitution moyenne. Facies abdominal.

Cavité abdominale.— Le foie a extérieurement une couleur et une consistance normales. Il est légèrement hypertrophié et pèse 2 kilog. A la face supérieure du lobe gauche, on trouve un abcès de la grosseur d'une noix, et à la face inférieure du lobe droit, deux abcès beaucoup plus volumineux. La rate est grosse, ramollie, et pèse 500 gr. On détache l'intestin grêle et le gros intestin. Le premier est rempli de pus mélangé à une grande quantité de bile. Le gros intestin et l'iléon lui-même font voir quelques plaques de Peyer ulcérées.

Gervais a publié un travail intéressant sur la question des hépatites consécutives à des fièvres typhoïdes dans les pays chauds. Nous avons, de notre côté, cité les observations précédentes pour répondre à cette phrase de Corre dans son *Traité clinique:*

« Quant à la fièvre typhoïde compliquant l'hépatite dont il est question dans certains ouvrages, sans récuser la possibilité d'une association des suppurations du foie avec la dothiénentérie, nous pensons qu'elle est rare. Ce qu'on prend ordinairement pour une fièvre typhoïde est un état typhique secondaire, en rapport avec l'empoisonnement de l'organisme par les produits de la dénutrition, « la résorption » des matières putrides ou seulement purulentes de l'abcès », dit Dutrouleau, « celle des matières qui se forment et s'accumulent à la surface de l'intestin malade, et ne trouvent pas une élimination suffisante

par la voie rénale. » Ces cas sont assez rares, il est vrai ; mais nous pouvons en citer trois autres : novembre 1838, décembre 1842, août 1880.

Terminons enfin par une rapide énumération de quelques complications assez rares, du reste, qu'il nous a été donné de rencontrer. Notre examen a porté sur 125 cas mortels. Voici les quelques symptômes que nous avons enregistrés : Les parotidites, que l'on trouve assez fréquemment dans la fièvre typhoïde des contrées tropicales, sont rares ici ; nous en comptons quatre cas : dans l'un, les deux parotides ont été prises ; dans les trois autres, deux fois la gauche et une fois la droite ont été atteintes. A signaler un cas d'adénite sous-maxillaire. Dans cinq cas, on a observé une rachialgie violente ; dans quatre autres, des douleurs très-vives dans les membres inférieurs ; dans un seul cas, une arthralgie. Un malade a présenté des crises épileptiformes qui se sont renouvelées à diverses reprises pendant l'évolution de son affection.

Ce qui frappe, à la lecture des observations, c'est la prédominance de l'adynamisme dans la fièvre typhoïde au Sénégal. Ce n'est pas là seulement la constatation d'un fait isolé ; cette particularité a, dès le début, attiré l'attention des praticiens qui ont écrit sur l'iléo-typhus des régions chaudes : « L'impression, dit Corre, que nous avons gardée de la maladie telle que nous l'avons observée au Mexique, aux Antilles, au Sénégal, c'est que, sous l'influence débilitante des climats chauds, la dothiénenterie accentue fortement sa tendance vers l'adynamie ; qu'elle est parfois plus grave chez les Européens déjà acclimatés que chez les sujets récemment arrivés d'Europe et encore en possession de toute leur vigueur ; qu'elle est ordinairement suivie de convalescences lentes et traînantes. » Sur 125 cas mortels que nous avons examinés, huit fois seulement les phénomènes ataxiques ont atteint une violence exceptionnelle ; dix-sept fois il y a eu mélange d'ataxie et d'adynamie ; dix fois la mort est survenue à la suite d'une période de coma quelquefois très-prolongée. Dans tous les autres cas, c'est la forme adynamique qu'a revêtue la maladie ; elle est donc la plus

commune dans l'affection; et, en la constatant à l'aide de quelques chiffres, nous apportons une confirmation à la loi qui veut que l'adynamisme soit la note dominante dans la fièvre typhoïde des Tropiques.

Pour nous résumer, esquissons rapidement la maladie. Nous aurons peu à dire de la période d'incubation à la période d'invasion; les symptômes du début ne peuvent être saisis dans la généralité des cas: symptômes d'embarras gastrique et probablement fièvre continue ou subcontinue pendant cinq à sept jours. Pendant la période que nous appellerons période d'observation, on constate ce qui suit: stupeur remarquable à peu près constante qui va s'accroissant; rareté des symptômes ataxiques; prédominance des phénomènes adynamiques; rareté et bénignité des catarrhes bronchiques; apparition exceptionnelle et ordinairement tardive des taches rosées; manifestations comparativement plus fréquentes des taches pétéchiales; rareté des épistaxis; langue conservant presque toujours son humidité; absence des vomissements; la diarrhée étant la règle à peu près absolue, les alternatives de constipation et de diarrhée très-rares, la constipation exceptionnelle; le météorisme étant après la diarrhée le phénomène le plus constant et n'étant jamais très-prononcé; fréquence des gargouillements non-seulement localisés à la fosse iliaque droite, mais généralisés; non-constance de la douleur en la région précitée; rareté des hémorrhagies intestinales, sauf dans certaines épidémies malignes; hyperémie rapide et constante du foie et de la rate; délire rare, et, quand il existe, peu bruyant et ne se manifestant que la nuit; violent dans les formes ataxiques ou compliquées de coup de chaleur; carphologie et soubresauts des tendons.

La durée de la période fébrile ne présente pas de limites fixes; elle peut varier de quatre à cinquante jours. Pourtant, nous devons constater que, dans les cas graves, la maladie marche plus rapidement que dans les pays tempérés. Le tableau suivant nous permettra, en effet, de voir que c'est vers les cinquième, sixième et septième jours de traitement à l'hôpital, que le nombre des décès a été le plus considérable.

Sur 125 décès..	2e, 3e, 4e jours de traitement.	19 décès	Total, 99
	5e	—	15	—
	6e	—	18	—
	7e	—	21	—
	8e	—	6	—
	9e	—	9	—
	10e	—	5	—
	11e	—	6	—
	12e, 13e, 14e, 15e, 16e, 17e, 18e, 19e, 21e, 24e, 25e, 44e jours.....		Total, 26

Disons en passant que, parmi les décès relevés dans les quatre premiers jours, il faut en attribuer la plus grande partie à des hommes envoyés comme malades de Dagana, Mouit, Gandiole, Pointe-aux-Chameaux, Louga, Podor, Colonne du Fouta (85), bateaux de commerce.

Rien de régulier dans la marche de la température. Nous ne saurions avancer rien de défini à ce sujet sur la période d'invasion, à cause de la rareté ou plutôt de l'absence des tracés. Dans la période d'observation, *en général rémittence fortement aecentuée*. Dans la plupart des cas heureux, et dans ces cas la période fébrile est ordinairement très-longue, les tracés présentent une irrégularité caractéristique et sont loin d'offrir, comme ceux recueillis dans les pays tempérés, un mode fixe et défini qui puisse beaucoup aider, par sa constance, dans le diagnostic de l'affection. Tantôt, en effet, comme l'a constaté sur place le docteur Girard, la courbe thermique figure brusquement un court plateau, suivi d'une longue période de descente que traversent de hautes et irrégulières oscillations; tantôt elle monte rapidement à un degré maximum qui ne sera atteint qu'une fois, et redescend lentement par à-coup; tantôt enfin, et c'est le cas le plus fréquent, elle est représentée par un long tracé, que coupent, à des distances irrégulières, indéterminées, des oscillations énormes, et cela quelquefois deux ou trois jours avant la période d'apyrexie.

Dans les cas mortels, la rémittence est moins fréquente et moins

accusée. La température atteint vite un degré élevé et s'y maintient avec deux ou trois dixièmes de différence entre les chiffres du matin et ceux du soir ; mais nous avons noté quelques cas où la température du matin était supérieure. Plus de trois jours avec une température ne s'écartant pas de 40° est d'un pronostic très-grave, surtout pendant l'hivernage. C'est alors qu'on voit ces cas presque foudroyants, qui nous étonnent et par la rapidité de la marche et par la singularité des symptômes. Le malade est depuis quatre, cinq, six jours, à l'hôpital en traitement. La température, très-élevée dès l'entrée, s'est maintenue malgré une intervention thérapeutique très-énergique ; la prostration est extrême, l'adynamie profonde, la céphalalgie peu marquée, la langue humide, un peu de diarrhée et du météorisme, quelques gargouillements ; pas de taches : des épistaxis, délire léger la nuit, carphologie, etc. Le patient prétend souvent ne point souffrir, quand tout à coup, sans prodromes précurseurs, se manifestent des symptômes ataxiques d'une violence extraordinaire : cris, délire bruyant, agitation extrême, bonds hors du lit, contraction passagère des muscles des membres. Le pouls est d'une accélération exagérée et très-irrégulier. La peau est sèche, brûlante, et cause une sensation désagréable à la main. La température monte et dépasse 41°. Cette phase dure deux heures environ. Puis, tout se calme ; le malade tombe dans un profond coma ; la respiration devient difficile. La cage thoracique est tendue en inspiration ; la face est cyanosée : la partie supérieure de la poitrine a également une teinte livide ; les extrémités des membres contrastent par leur froid avec la chaleur du tronc ; un pointillé ecchymotique apparaît le plus souvent aux avant-bras ; de petites plaques violacées se dessinent sur le thorax ; le pouls, d'abord irrégulier et fort, fuit peu à peu sous le doigt. On sent, à la palpation des masses musculaires, un frémissement spécial ; puis viennent les gros râles du stertor, qui annoncent la fin. Pendant cette phase, qui peut durer de une à quelques heures, la température se maintient au degré signalé ou continue à monter, et, à la mort, il nous a été donné de constater une température de 42° et quelques dixièmes. »

Dans ces cas, n'y aurait-il pas lieu de songer à l'influence fâcheuse exercée par les hautes températures extérieures? L'époque, en effet, où on les observe est précisément celle de l'hivernage, c'est-à-dire la saison dans laquelle se rencontrent réunis les températures les plus élevées et le degré d'humidité atmosphérique le plus fort. Nous croyons, avec le docteur Moursou, qu'il faut tenir grand compte, dans les pays chauds, de l'action de l'élément *chaleur*. La rapidité de la marche de l'affection, ses hautes thermalités, que rien ne peut abaisser et qui persistent même après la mort, l'état général du malade, les phénomènes définitifs, tout cela permet d'admettre que la chaleur imprime, à certains moments, une allure toute spéciale à la maladie et en même temps une gravité exceptionnelle.

Le pouls suit la marche de la température : plus elle s'élève, plus il devient fréquent. Les observations nous le montrent oscillant entre 80 et 130 pulsations. On signale également des irrégularités, et on insiste surtout sur le dicrotisme dans les cas très-graves. La forme hémorrhagique est rarement observée ici, et ce n'est guère que dans des épidémies présentant un caractère malin qu'il est donné de l'observer.

La forme bilieuse, par contre, est très-fréquente; elle est caractérisée ici par des vomissements bilieux abondants, par des épistaxis fréquentes, par une forte diarrhée bilieuse et la présence de sels biliaires dans les urines. Desgranges signale une particularité au sujet de la température : d'après lui, dans les deux premiers jours de l'observation, elle atteindrait un degré très-élevé (au-dessus de 40°) et présenterait ensuite une série d'oscillations énormes, la température du matin se rapprochant souvent de la normale. N'y aurait-il pas lieu de tenir compte ici de l'action exercée par les sels biliaires? Cette forme serait-elle due, comme le veut Jaccoud, à la coïncidence d'un catarrhe des voies biliaires, consécutif au catarrhe de duodédum, ou bien serait-elle, comme le veut Corre, la résultante d'une constitution médicale toute particulière? En présence des faits articulés par ce dernier, cette forme ayant pris à certaines époques un caractère épidémique, et ayant sévi en même temps sur plusieurs points de la colonie,

nous permettrait de nous rallier à cette dernière opinion ; mais les observations sont encore assez peu précises, et la zone sur laquelle nous observons est tellement particulière, que certains cas signalés avec diverses hémorrhagies ne laissent pas que de nous paraître d'un diagnostic fort douteux.

Première Observation

(Service de M. le Dr Borély, médecin de 1re classe)

Laténat (André), vingt-deux ans, caporal aux tirailleurs sénégalais. Huit mois de séjour au Sénégal.

Ce caporal entré à l'hôpital le 24 novembre 1887, a été pris de fièvre et diarrhée aujourd'hui, se plaint d'un point hépatique. — Pas de moral.

On constate de l'hyperémie de la rate, du ballonnement du ventre. Langue humide. Fuliginosités. Le malade tousse (submatité au sommet du poumon droit, en avant, mais surtout marquée en arrière). Craquements et râles humides.

Température, 24 novembre : matin, 39° ; soir, 39°6.

Dans la nuit du 24 au 25, le malade est pris d'agitation, a du délire, de la difficulté dans la parole. La stupeur augmente.

Dans la journée du 25, subdelirium remplacé dans la nuit par un délire assez violent. La langue est sèche, rugueuse. La toux et la diarrhée persistent.

Température, 25 novembre : matin, 39° ; soir, 39°6.

Le 26, même état. La langue est un peu plus humide. Le ventre est toujours ballonné, douloureux au toucher.

26 novembre. — Température : matin, 39° ; soir, 39°

27 — — — 38°8 — 39°9

28 — — — 39°7 — 39°5

2 — — — 39° — 39°5

30 novembre. — Température : matin, 39°4; soir, 39°6
1er décembre. — — 40° — 39°4
2 — — — 38°8 — 39°2
3 — — — 39° — 39°2
Otorrhée à droite.

4 décembre. — Température : matin, 39° ; soir, 38°4
5 — — — 38° — 38°6
6 — — — 37°5 — 38°
7 — — — 37°6 — 38°3
8 — — — 37°5 — 37°4
9 — — — 37°2 — 38°5
10 — — — 37°4 — 38°1
11 — — — 36°8 — 37°2
12 — — — 36°4 — 37°6
13 — — — 36°6 — 37°7
14 — — — 36°8 — 36°9
15 — — — 36°5 — 37°4
16 — — — 36°2 — 37°
17 — — — 36°5 — 36°8
La température se maintient. Le malade est mis exeat le 4 janvier.

Observation II

(Service de M. le Dr Doué, médecin en chef)

Morand (Edmond), vingt ans, magasinier.

Cet employé entre à l'hôpital le 16 décembre 1887, avec cette mention : « embarras gastrique. »

Malade depuis deux jours. Température à l'entrée, 40°3.

19 décembre. — Température : matin, 38° (vomissements) ; soir, 39°4
28 — — — 39°7 — 39°3

21. — Fièvre continue, céphalalgie. Pas de douleur à la pression

dans la fosse iliaque. Pas de taches rosées. Température : matin, 38°5 ; soir, 39°9.

22. — Douleur sous-occipitale. Langue en pointe, rouge, humide. Température : matin, 38°4 ; soir, 39°8.

23. — A dormi un peu cette nuit. Gargouillements dans la fosse iliaque droite. Température : matin, 38° ; soir, 38°8.

24. — Température : matin, 37°4 ; soir, 38°8. Taches rosées sur l'abdomen et la base du thorax. Douleur à la pression dans les fosses iliaques. Pas de selles. La langue est en pointe, dépouillée, très-rouge. Insomnie. Céphalalgie occipitale.

25. — Température : matin, 38°6 ; soir, 39°4. Sommeil léger. Céphalalgie. Dyspnée ayant duré quelques heures. Constipation.

26. — Température : matin, 37°7 ; soir, 38°3. Nuit bonne. Céphalalgie moins intense. Pouls très-lent. Une selle liquide bilieuse.

27. — Température : matin, 36°8 ; soir, 37°8. Pouls à 60. Une selle liquide bilieuse.

28. — Température : matin, 36°5 ; soir, 37°5. Pouls à 60. Deux selles liquides verdâtres. Nuit assez bonne. Pas de céphalalgie.

29 décembre. — Température : matin, 36°6 ; soir, 37°4

30 — — — 35°9 — 37° constipation

31 — — — 36°5 — 36°8

1er janvier — — 36°4 — 37°

2 — — — 36°6 — 36°8

3 — — — 36°7 — 37°

4 — — — 37°1 — 37°9 constipation

5 — — — 36°9 — 38°1

6 — — — 37°6 — 39°1.

Céphalalgie. Pas de selles depuis quarante-huit heures.

7 janvier. — Température : matin, 38°5 ; soir, 39°5

8 — — — 38°5 — 39°2.

Pas de selles. Insomnie. Céphalalgie intense. Gargouillements dans la fosse iliaque droite.

9 janvier. — Température : matin, 38°9 ; soir, 38°1.

Sept selles dans la nuit. Céphalalgie persistante. Un peu de stupeur. Intelligence nette. Quelques taches rosées sur l'abdomen. Langue humide, en pointe, très-rouge.

10 janvier. — Température : matin, 37°2 ; soir, 37°6
11 — — — 37°1 — 37°7
12 — — — 36°7 — 38° constipation
13 — — — 36°7 — 37°7.

Céphalalgie persistante. Douleur à la pression dans la fosse iliaque.

14 janvier. — Température : matin 36°5 ; soir, 36°9
15 — — — 36°3 — 36°6
17 — — — 36°5 — 36°6
18 — — — 36°2 — 36°2

Ce malade sort guéri le 21 janvier.

Observation III

(Service de M. le Dr Reynaud, médecin de 1re classe)

Malléjac (Joseph), vingt ans et demi, ouvrier mécanicien à bord du « Basilic ». Entré à l'hôpital le 11 février 1888.

11 février.— Soir : température, 39°.

Ce malade n'est que depuis deux mois à Saint-Louis; mais il vient d'en passer neuf au Gabon, à bord du « Basilic ». Il n'avait pas encore été malade. Il y a quelques jours, il a éprouvé un violent mal de tête sans fièvre, et il attribue son état à une longue exposition au soleil. Le lendemain, la fièvre s'est déclarée. Un purgatif et de la quinine ont été administrés, et depuis lors le malade a de la diarrhée.

Actuellement, il ne se plaint de rien, ni de la tête, ni du ventre : a cependant mal dormi. La langue est belle; le ventre est souple; mais on constate quelques taches rosées discrètes. Le malade tousse un peu.

12 février. — Température : matin, 38°4 ; soir, 38°5
13 — — — 38° — 39°2

Nuit assez bonne. Plusieurs selles bilieuses dans la nuit.

14 février.— Température : matin, 37°8; soir, 37°5

Ne souffre pas du ventre, qui cependant est ballonné. Plusieurs selles liquides diarrhéiques.

15 février.— Température : matin, 37°1 ; soir, 38°

Le malade a assez bien reposé, ne souffrant de nulle part. La langue est assez belle, humide. Le ventre est souple, non douloureux. Quelques gargouillements dans la fosse iliaque droite. Nombreuses taches rosées lenticulaires. Le malade tousse un peu.

16 février.— Température: matin, 37° 5; soir, 38°

Huit selles bilieuses.

17 février.— Température : matin, 38° ; soir, 37°7

18 — — — 37°5 — 38°2

19 — — — 37° — 37°6

20 — — — 37°4 — 38°8

21 — — — 37°5 — 36°8

La langue est assez belle; cependant elle est un peu rouge sur les bords et dépouillée d'épithélium. Fuliginosités sur les gencives et sur les lèvres. Ventre souple, pas de gargouillements. Nombreuses taches rosées lenticulaires. Cinq selles diarrhéiques dans les vingt-quatre heures.

22 février.— Température : matin, 37°3; soir, 38°

23 — — — 36°8 — 37°1

24 — — — 37° — 36°8

25 — — — 36°6 — 36°8

26 — — — 36°4 — 36°4

L'état général du malade devient de plus en plus satisfaisant. Exeat le 5 mars.

PATHOGÉNIE. — ÉTIOLOGIE

Nous avons cité, au début de notre travail, les opinions des nombreux médecins qui ont étudié la fièvre typhoïde au Sénégal. Il résulte de ces opinions que, d'une part, la fièvre typhoïde serait importée au Sénégal, et, d'autre part, qu'elle peut y figurer comme maladie endémique. Ces deux manières de voir sont parfaitement admissibles. On ne saurait contester, en effet, l'importation de la maladie, son évolution sur place et son alimentation presque continuelle par les contingents provenant justement des garnisons les plus suspectes, Toulon et Cherbourg. Dans ces contingents, les uns ont déjà le miasme à l'état latent ou au début de son évolution ; les autres sont dans d'excellentes conditions physiques et morales pour le recevoir et le perpétuer à leur arrivée : ce qui démontre l'extrême fréquence de la maladie dès les premiers mois de séjour.

On ne pourrait nier non plus que l'affection ne soit, en partie, autochtone et qu'une partie des cas ne soient dus à l'agent typhoïdique devenu local, car il serait difficile, sinon impossible, d'expliquer les cas développés, non-seulement sur des Européens ayant plusieurs années de séjour dans la colonie, mais sur des indigènes n'ayant jamais quitté leur pays.

Parmi les sources différentes d'où surgissent les conditions de l'infection typhoïgène, les principales, d'après Colin, sont les suivantes : 1° l'infection de l'homme par l'homme vivant (miasmes de l'encombrement); 2° l'infection putride, soit par les matières excrémentitielles d'origine humaine, soit par les émanations des matières organiques animales et végétales, comme il s'en produit dans l'atmosphère des égouts; 3° l'infection par les boissons; 4° l'auto-infection.

Ces sources diverses existent au Sénégal. Ainsi à St-Louis, dont le commerce a augmenté depuis plusieurs années, la population est devenue plus dense. « L'immigration européenne, dit Corre, verse chaque année des flots d'adultes à santé vigoureuse, qui attendent sur leur nouveau sol toutes les influences dépressives, physiques et morales. » Étant donnée l'impossibilité à la ville de s'étendre, il en résulte un encombrement funeste pour la santé générale. Si nous parlons de l'élément militaire en particulier, nous le trouvons placé dans des conditions tout à fait insalubres. D'après la thèse du docteur Cassagnou, les casernes d'infanterie et d'artillerie contiennent un effectif double de celui qui avait été prévu à l'époque de leur construction. « Les hommes, ajoute-t-il, n'ont à leur disposition, ni lavabos, ni salles de bains, ni salles de jour, ni bibliothèques. On pourrait modifier ces casernes de façon à diminuer beaucoup, sinon à supprimer leur insalubrité. » En 1880, au poste de Médine, au début de la prise de possession du Soudan français, les Européens furent entassés dans des logements beaucoup trop restreints. La fièvre typhoïde fit des ravages et ne cessa qu'après évacuation complète du poste.

L'infection putride causée par les matières excrémentitielles d'origine humaine se présente surtout dans les centres, et particulièrement à St-Louis. Malgré les travaux d'assainissement commencés depuis plusieurs années, la ville est restée dans un état de malpropreté notable. L'accumulation des immondices sur les berges, le jet au fleuve, quelle que soit l'heure de la marée, des *excreta* quotidiens, vicient l'atmosphère déjà chargée de particules organiques de toutes sortes produites par les déjections animales et soulevées fréquemment à l'époque des vents d'est.

Les saisons exercent aussi, d'après Corre, une influence notable sur le développement de la fièvre typhoïde.

« L'abondance des matières organiques que laissent à découvert les grandes pluies estivales et le maintien d'une température moyenne permettent à l'infectieux de se développer, sans période préparatoire comme en Europe. Peut-être aussi l'économie est-elle placée dans des

conditions typhoïgènes exceptionnellement favorables, après avoir subi pendant plusieurs mois l'influence si profondément dépressive de l'hivernage, ou sous l'influence paludique qui acquiert sa plus grande intensité à la même époque. Quoi qu'il en soit, nous voyons la dothiénentérie apparaître (et les fièvres malariennes revêtir en même temps les caractères typhiques) vers les mois de septembre et octobre, au Sénégal. »

L'eau doit-elle être incriminée dans le développement de la dothiénentérie ? Nous ne pensons pas qu'elle puisse servir de véhicule à l'agent contaminateur. L'eau est trop soigneusement canalisée et puisée à des sources telles qu'on ne saurait douter de son innocuité.

Quant à l'auto-infection, elle entre pour une large part dans les sources d'origine de la fièvre typhoïde. Nous sommes tout à fait partisan de la doctrine qui admet que l'organisme animal renferme toujours en lui des matériaux d'empoisonnement putride, que normalement ces produits nocifs sont annihilés par les fonctions mêmes des muqueuses correspondantes, par l'élimination ou la transformation de ces matières. « Mais que ces opérations compensatrices salutaires, comme le dit si justement le docteur Vinas, viennent à manquer, alors les matériaux putrides peuvent donner lieu au poison typhique, et la maladie est ainsi engendrée de toutes pièces, par l'organisme lui-même. »

Nous n'oublierons pas de citer les causes dépressives provenant du surmenage, des fatigues corporelles, d'une alimentation monotone, des privations de toutes sortes, du soleil, de la nostalgie, etc.

TRAITEMENT

Nous sommes complétement partisan des grandes indications données par Corre dans le traitement de la fièvre typhoïde entre les Tropiques: « 1° Nécessité de ne point insister sur les moyens trop débilitants, tels que la saignée, les évacuants eux-mêmes, afin de laisser à l'organisme une plus grande force de résistance contre le climat, quand la convalescence viendra à s'établir ; d'insister, au contraire, sur la médication tonique (analeptiques, alcooliques), aussitôt que les indications le permettront; 2° nécessité de prescrire quelquefois le sulfate de quinine pour tâter le terrain et reconnaître si la maladie n'est pas plus ou moins entachée de paludisme, quand surtout la maladie débute par des accès intermittents ou quand des accès apparaissent au commencement de la convalescence ; 3° nécessité fréquente de rapatrier les malades, quand l'organisme est demeuré fortement ébranlé et quand la convalescence semble dégénérer en un état anémique ou consomptif. »

Voilà le terrain thérapeutique dont il ne faut pas s'écarter dans les pays chauds. Quant aux indications de détail, elles sont fournies par la forme spéciale que prend la maladie, la constitution du malade, etc., etc. Il est nécessaire de surveiller les organes.

S'il y a des complications du côté du cerveau, se manifestant surtout par une congestion intense, il sera utile d'employer les sangsues aux jugulaires, les sinapismes aux membres inférieurs et les lavements purgatifs.

Du côté du cœur, on se servira des excitants diffusibles, des dérivatifs à la région précordiale.

Du côté des poumons, on utilisera les ventouses sèches, les vésicatoires, la noix vomique.

S'il y a des hémorrhagies intestinales, on aura recours à l'opium, à l'ergot de seigle ou aux injections d'ergotine.

Il faut soutenir le malade par une alimentation en rapport avec son état (bouillon, lait, vin de Banyuls).

Pour combattre l'hyperthermie, il sera bon d'employer les lotions froides avec prudence et de préférence aux grands bains, qui nécessitent une installation spéciale et des aides intelligents.

CONCLUSIONS

I. — La fièvre typhoïde existe au Sénégal comme dans les autres régions des Tropiques. Elle y est fondamentalement la même qu'en Europe; elle en a la physionomie générale.

II. — Elle est visiblement influencée dans sa marche, sa fréquence et sa gravité, par la haute température du pays et par l'agent palustre.

III. — Les Européens peuvent la contracter à toutes les époques de leur séjour au Sénégal, mais particulièrement à l'époque voisine de leur arrivée dans la colonie.

IV. — Dans les cas graves, la durée de la maladie est courte, tandis qu'elle est très-longue dans les cas non mortels.

V. — Les épidémies de fièvre typhoïde sont rares, et elles n'éclatent qu'à l'arrivée dans le pays de nouvelles troupes.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 15 décembre 1888.
Pour le Recteur de l'Académie,
J. YON.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 15 décembre 1888.
Le Doyen,
A. CASTAN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque!